

Hygiène et prophylaxie par résection préventive du prépuce

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
le 20 juillet 1936

PAR

P. CZERNIAK

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

PRIX DUBREUIL 1936

DIPLOMÉ D'HYGIÈNE

Né à Horodéc (Pologne), le 16 août 1909

POUR OBTENIR LE DIPLOME DE DOCTEUR DE L'UNIVERSITE
(MENTION MÉDECINE)

*Examineurs
de la Thèse*

MM. JEANBRAU, Professeur, *Président*.

CARRIEU, professeur.

ETIENNE, professeur.

GUIBAL, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, Rue Jardin-Martel
Tél. 47-84

1936

HYGIENE ET PROPHYLAXIE
PAR RESECTION PREVENTIVE DU PREPUCE

Hygiène et prophylaxie par résection préventive du prépuce

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
le 20 juillet 1936

PAR

P. CZERNIAK

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

PRIX DUBREUIL 1936

DIPLOMÉ D'HYGIÈNE

Né à Horodec (Pologne), le 16 août 1909

POUR OBTENIR LE DIPLOME DE DOCTEUR DE L'UNIVERSITE
(MENTION MÉDECINE)

*Examineurs
de la Thèse*

MM. JEANBRAU, Professeur, *Président*.

CARRIEU, professeur.

ÉTIENNE, professeur.

GUIBAL, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, Rue Jardin-Martel
Tél. 47-84

1936

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM.	J. DELMAS
Histologie		TURCHINI
Physiologie		HEDON
Chimie biologique et médicale		CRISTOL
Physique médicale		PECH
Anatomie pathologique		GRYNFELT
Microbiologie		LISBONNE,
Pathologie et thérapeutique générales		BOSC
Thérapeutique et matière médicale		BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie		PUECH
Hygiène		CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale		GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique		GIRAUD
Clinique médicale		VIREB, assesseur.
		RIMBAUD
Clinique chirurgicale		MASSABUAU
		RICHE
Clinique obstétricale		P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses		EUZIERE, doyen
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{er} âge		LEENHARDT
Clinique de dermatosyphiligraphie		MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU
Clinique gynécologique		LAPEYRE
Clinique ophtalmologique		VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		TERRACOL
Matière médicale (Ch. de c.)		CABANNES
Radiologie (Ch. de c.)		LAMARQUE
Anatomie (Ch. de c.)		LAUX
Histologie (Ch. de c.)		GRANEL

Honorariat

Professeurs honoraires

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS
FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE

Chargés de cours complémentaires

Pathologie expérimentale	MM.	PAGES
Pathologie externe		AIMES
Médecine opératoire		SOUBEIRAN ag. libre
Accouchements		COLL DE CARRERA
Clinique phthisiologique		GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale		BOULET
Clinique des maladies contagieuses		JANBON
Stomatologie		D ^r WATON

Agréés en exercice

	MM.		MM.
	BOULET	Chirurgie....	AIMES
	PAGES		MOURGUE-MOLINES.
Médecine	JANBON		GUIBAL
	BAUMEL	Obstétrique..	ROUX
	VIDAL	Bactériologie.	COLL DE CARRERA
			CARRERE

Examineurs de la thèse

MM. JEANBRAU, prof., <i>présid.</i>	MM. ETIENNE, professeur.
CARRIEU, professeur.	GUIBAL, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A MES CHERS PARENTS

Témoignage d'amour filial.

A MES BONS AMIS

A LA FRANCE

*Pour son accueil hospitalier et sa science
inépuisable, généreusement répandue dans le
monde,*

P. C.

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR EMILE JEANBRAU

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES
A MONTPELLIER

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
ASSOCIÉ NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Qui m'a fait le grand honneur de présider cette thèse. Nous le prions de trouver ici et d'agréer l'expression de notre profonde gratitude et notre respectueux hommage.

A MON JURY DE THESE

Hommage respectueux et reconnaissant.

A MES MAITRES DES CONFERENCES
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE A. GUIBAL

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
DÉCORÉ DE LA MÉDAILLE MILITAIRE

M. LE PROFESSEUR AGREGE PIERRE RIMBAUD

Nos félicitations et nos meilleurs vœux le lendemain de son brillant concours d'agrégation.

MONSIEUR LE DOCTEUR HERAN

CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Nos vifs remerciements pour ses conseils et son dévouement pendant la rédaction de cette thèse.

MONSIEUR LE DOCTEUR CADERAS

CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Merci à tous de tout cœur.

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

AVANT-PROPOS

« La résection du prépuce chez l'enfant est un excellent moyen prophylactique de certaines maladies et en particulier du cancer du pénis ».

P^r E. JEANBRAU (18 mars 1936).

« Le prépuce est un appendice de l'organe génital mâle. Au lieu de donner des avantages, il apporte des inconvénients... en circoncisant les enfants, on les libère ainsi de plusieurs affections auxquelles il prédispose. »

P^r RICORD (In *Edib. Méd. J.* vol. XVIII, p. 752).

« ...Opération (circoncision) quelquefois nécessaire, mais toujours utile ».

P^r TILLAUX (Chirurgie clinique II, p. 467).

« Ce minime lambeau de peau et de muqueuse peut devenir le point de départ des troubles multiformes, bizarres, parfois dangereux: petites causes, grands effets ».

D^r J. L. (*Journ. des prat.* 3 avril 1920).

Le prépuce = impertinent pièce of skin (partie impertinente de la peau).

Les auteurs Anglais.

« L'expérience.... nous oblige à demander que tout prépuce, relativement étroit soit, et tout phimosis devait être obligatoirement enlevé de bonne heure, et le plus utilement, à l'entrée dans la vie génitale ».

V. FÖDERL (*Deut. Zeit. für Chir.* 1926, bd 198).



Digitized by the Internet Archive
in 2026

HYGIENE ET PROPRYLAXIE

PAR RESECTION PREVENTIVE DU PREPUCE

INTRODUCTION

Mieux vaut prévenir que guérir — c'est une notion qui gagne de plus en plus l'opinion publique et médicale. Dans un premier temps la Médecine visait surtout le malade et restait trop souvent dans l'impossibilité de lui apporter secours. Dans un deuxième temps on s'est adressé à l'homme sain aussi, et ainsi le champ d'action de la Médecine s'étend — elle veut devenir prévoyante en fortifiant « prophylactiquement » l'organisme bien portant encore contre des atteintes possibles. Les moyens dont elle dispose pour cela sont multiples et variables. Nous devons les étudier, les rechercher, les propager, les appliquer.

Inutile d'insister sur les avantages de la prévention. C'est elle qui doit prendre la direction de la santé de l'homme dès sa venue au monde. En pratique elle se fait dans deux cadres: collectif et individuel. Le cadre collectif comprend l'hygiène sociale et publique, toute la législation sanitaire. Le cadre individuel est la somme de deux initiatives: de l'individu lui-même et du médecin. C'est à la charge de ce dernier que je me permets de poser la question qui m'intéresse, à côté de tant d'autres, comme les diverses vaccinations, l'ablation préventive des grosses amygdales, le séjour aux préventoriums, etc... etc...

L'intérêt du problème posé nous semble pleinement jus-

tifié vu que: le prépuce peut être incriminé, d'une part d'être la cause des manifestations pathologiques multiples et de constituer un *locus minoris resistentiae* au niveau d'un organe important dans la vie et, d'autre part, être jugé comme parfaitement inutile pour la santé. Sa présence doit-elle être tolérée, si son ablation, grâce au progrès de la chirurgie, est si facile et inoffensive? Le raisonnement est simple — la déduction logique facile.

Pourquoi donc semble-t-on l'oublier? Trois causes peuvent être incriminées. La plus délicate et la plus à respecter: le sentiment religieux. On a lié la résection du prépuce, ou circoncision, avec une certaine confession et ainsi pour les uns sacrée, pour les autres inadmissible, cette opération a vu son extension limitée. La deuxième cause: les difficultés d'étude systématiques, qui sont: l'intimité et la pudeur qui empêchent souvent les recherches ayant pour objet les organes génitaux, le secret professionnel, qui ferme les yeux et la bouche, le manque de l'expérimentation sur des animaux du laboratoire et enfin la durée importante de chaque série d'observations et de recherches. La troisième cause c'est la négligence de l'individu lui-même et du médecin, quand ils préfèrent prendre une attitude expectative plutôt que d'agir précocément, la menace n'étant pas imminente. Ces causes sont-elles évitables? Nous croyons que l'éducation, la science et la logique sont toujours des aides précieux.

C'est sur ce terrain, terrain purement médical, que nous voudrions nous placer et c'est à dessein que nous évitons la désignation courante de « circoncision », estimant que ce terme contient dans son sens non seulement l'ablation du prépuce mais encore un certain mode d'exécution rituelle, une certaine cérémonie qui l'accompagne et même un certain préjudice moral.

La technique de la résection ne nous occupera pas actuellement — le chirurgien la fera. Nous n'aurons pas d'autres sentiments que de bien faire à ceux qui nous confient leur santé. C'est le fait pur et simple: *l'ablation chirurgicale de ce repli, appendu au pénis, faite de bonne heure dans un but hygiénique et prophylactique, qui retiendra notre attention.*

I. — HISTORIQUE

Quelques faits nous frappent: 1. Sur les murs des pyramides de Luxor et Karnak, les archéologues admirent des bas-reliefs représentant une opération sur le prépuce; 2. Les explorateurs nous racontent: les peuplades, si éloignées et sans rapports entre elles, comme par exemple les Gambiens ou les Zansibariens (Afrique), les Papous (Océanie), les Aztèques (Amérique), etc... s'efforcent depuis toujours de se débarrasser de leur prépuce par des moyens qu'ils ont à leur disposition (pierre taillée, dent, sabre, etc...); 3. Hérodote (82) (1) affirme que la résection du prépuce et la trépanation sont les deux opérations les plus anciennes. Pourquoi? Certes, la médecine a commencé par combattre les maux les plus frappants d'une part, et le plus facile à exécuter, d'autre part. Or, le prépuce se trouve le premier sur la liste. Il a donc une histoire longue.

Nous la diviserons en trois périodes, sans envisager les dates: la première est caractérisée par l'intervention de

(1) Les chiffres entre les parenthèses indiqueront le numéro d'ordre de la bibliographie.

l'instinct défensif primitif, de l'empirisme; la deuxième par l'intervention de la religion; la troisième et la dernière par celle de la science médicale pure.

1^o *Le début de la péritomie* se perd dans la nuit des siècles. Les prêtres égyptiens l'exécutaient couramment; des faits sporadiques étaient fréquents sur tout le globe chez les peuplades sauvages ou civilisées de ces époques.

2. *Vient le législateur religieux Moïse.* Il fait de cette mesure hygiénique, empiriquement acquise une obligation confessionnelle. C'est certainement voulant faire bénéficier tous ses croyants des bienfaits de cette intervention qu'il la présente sous forme d'un ordre de Jéhova. Hérodote déjà (...ont accepté la circoncision par la recherche de la propreté ») (82) et Philon d'Alexandrie (131) sont du même avis. Maïmonides (114) ajoute et insiste sur sa valeur morale (« amoindrit l'élan de son ardeur passionnelle », etc....) Nous arrivons ainsi à l'époque quand le christianisme naît. On ne parle pas au début de la circoncision, le Maître et ses élèves s'occupent surtout de l'âme. C'est Saint Paul qui proclamera dans la suite la suppression de cette opération, en la remplaçant par le baptême (I Corinthiens, VII, 18). Mahomet enfin laisse à ses croyants la liberté de choix, mais la coutume s'enracine parmi ses adeptes.

3. *Vient enfin la science pure*, pour dire le dernier mot. Elle se place en dehors des conflits autres que celui, qui touche la raison et la santé. Le corps médical s'occupe pour la première fois de la question en 1799 dans l'Obercollegium Medicum, à Berlin, pour améliorer la technique opératoire. Les autorités publiques en France s'occupent de la circoncision pour la première fois en 1844. Le 22 mai une ordonnance royale apparaît ayant pour but la réglementation de l'opération, exécutée souvent par les Israélites, installés dans le pays. Elle est complétée en 1862 et 1898 (117). Au XIX^e siècle, nous trouvons quelques opinions intéressantes

sur la question. Par exemple, le Docteur Claparède (36) demande « une circoncision préventive sous le contrôle de l'Etat ». Le Docteur ROSENZWEIG (144) demande à Berlin « une circoncision générale dans l'armée ».

Le Docteur SZTARK (160) essaie de justifier « une circoncision pour tous les enfants sans exception ». Le Docteur LACASSAGNE (100) demande « une circoncision générale à 10 ans » et ainsi de suite. Faut-il être extrémiste, faut-il chercher un appui dans des sanctions juridiques, confessionnelles ou autres? La dernière période de cette histoire doit les éviter. C'est par l'évolution méthodique de l'idée, que cette dernière sera comprise et acceptée, pour le bien de ceux, qui le feront.

II. — MORPHOLOGIE DU PREPUCE



Nous étudierons successivement l'embryologie, l'anatomie et la structure histologique du prépuce.

A) EMBRYOLOGIE. — Je tiens à dire quelques mots sur le développement du prépuce pour pouvoir répondre aux défenseurs de la conception de *noli tangere* des merveilles de la nature et qui a fait dire à DOITEAU et DARTRIGUES en 1925 (52) que « c'est mal commencer la vie que de la commencer par une amputation au niveau d'un membre aussi important de l'organisme », puisque « la nature a bien fait les choses en donnant un fourreau à la verge de l'homme, comme à celle des mammifères ». Qu'en pense la nature en réalité ?

C'est SCHWEIGGERT-SEIDEL qui inaugure la série des recherches sur l'embryologie du prépuce (94, II. abt. V chap.),

V. MIHALKOWICZ et ELISCHER, SCHWEITZER (151), TOURNEUX (171), BOKAI et la plupart d'autres partagerent son avis. Vers la moitié du 3^e mois apparaît l'ébauche du prépuce derrière la *corona glandis* sous forme d'un repli cutané, qui avance et arrive, à la limite du IV^e et V^e mois, jusqu'à la moitié du gland. La face interne du prépuce présente alors un revêtement épithélial stratifié (7-8 couches). Les mois suivants le prépuce s'allonge, les cellules épithéliales s'étirent laissant à nu les couches profondes, qui entrent en contact avec la surface muqueuse du gland. Des adhérences se forment, bien visibles chez le nouveau-né et qu'on rompt en essayant de découvrir complètement son gland, provoquant un léger suintement ou saignement. BOKAI les appelle épithéliales ou physiologiques. Tout laisse à supposer que si les mouvements d'extension et de retrait n'existaient pas de bonne heure à ce niveau des adhérentes solides se constitueraient et l'espace balano-préputial disparaîtrait. Mais le membre viril ne reste pas au repos et dans les quelques jours, mois ou années qui suivent la naissance la rupture de ces adhérences physiologiques se produit. BOKAI a examiné à ce sujet 100 garçons et il a trouvé :

De 0 à 6 mois : adhérences existent encore dans 73 % des cas.

De 7 à 12 mois: adhérences existent encore dans 45 % des cas.

De 1 à 2 ans: adhérences existent encore dans 33 % des cas

A 12 ans plus de traces de ces adhérences physiologiques.

Et ainsi « le divorce balano-préputial » s'établit. La nature donc semble vouloir souder le repli préputial au gland, tout comme cela se produit dans d'autres régions du corps, par exemple les bourgeons nasaux et maxillaires qui construisent notre physionomie autour de l'orifice buccal et

nasal, ou les replis péritonéaux qui se soudent, pour éviter le flottement des organes intraabdominaux. Si dans les derniers cas la soudure est la règle, dans le cas du prépuce-gland la non-soudure est habituelle.

B. — ANATOMIE

Elle donne la définition suivante du prépuce: « C'est un repli tégumentaire qui se dispose en forme de manchon autour du gland » (TESTUT).

Il présente : une surface extérieure cutanée, une intérieure muqueuse, séparée du gland, sauf en bas, formant le frein. Une circonférence postérieure adhérente au niveau du sillon balano-préputial et une antérieure formant l'anneau ou l'orifice préputial. Entre le gland et le prépuce: la cavité préputiale, virtuelle ordinairement. Quant aux dimensions n'oublions pas tout d'abord que: 1° Chez les tout jeunes enfants les prépuces se ressemblent, ils sont longs; 2° Il y a disproportion dans l'accroissement du gland et de son fourreau, le dernier ne se développant pas ou presque, le premier étant plus vivace, surtout au moment de la puberté. Nous étudierons ces deux périodes séparément:

a) *Chez l'enfant jeune.* — Les auteurs sont d'accord. LEGUEU et MICHON (106) voient un prépuce long, un véritable plumosis congénital chez presque tous les nouveaux-nés. PARK (126) trouve une impossibilité de décalotter complètement le gland chez 80 % des enfants. LACASSAGNE dit que chez tous les enfants le prépuce dépasse plus ou moins le gland, etc... L'importance de ce fait, ne nous échappera pas: chez l'enfant il est difficile de parler de phimosis, la majorité, la totalité l'ont. Et si on incrimine un certain

nombre des troubles organiques ou fonctionnels à cet état de choses, comme nous le verrons dans la suite, on devine facilement à quelles sanctions thérapeutiques précoces on sera amené.

b) *Chez l'adulte.* — La longueur est variable, la fréquence aussi suivant les divers auteurs. Plus importantes à cet âge sont les dimensions de l'orifice préputial. Son étroitesse constitue le redoutable phimosis ou paraphimosis.

SCHMIDT en trouve 93 cas sur 4943, 2 %. JANSEN: 89 cas chez 3.700 soldats belges, 2,4 %. PARK: 12 % après 12 ans.

On admet comme moyenne 2 à 3 %. Un prépuce long non phimotique ou allongement hypertrophique des auteurs ou prépuce-trompe ne serait pas rare.

La vascularisation blanche et rouge présentent peu d'intérêt avec cette petite correction pourtant qu'en étant abondante elle prédispose aux états congestifs.

Les connexions nerveuses par contre méritent d'attirer notre attention: elles sont nombreuses quant à leur origine et leur nombre. La moelle et le plexus lombaires y contribuent par les ramifications terminales venant du rameau génital du génito-crural et des rameaux génitaux de 2 nerfs abdomino-génitaux (grand et petit). Le nerf honteux interne venant du plexus sacré envoie des filets terminaux par l'intermédiaire des nerfs périnéal superficiel et dorsal de la verge. Au niveau du sillon balano-préputial il y a des anastomoses entre les filets du prépuce et ceux du gland. Enfin, le sympathique accompagne les vaisseaux, venant du plexus hypogastrique (pré-sacré). Notons, et retenons ceci, que les mêmes centres nerveux enchevêtrés, richement anastomosés dans ce carrefour vasculo-nerveux pré-lombo-sacré envoient des ramifications aux membres inférieurs, à l'articulation ilio-fémorale, à la vessie, au rectum.

C) HISTOLOGIE

Signalons brièvement quelques faits. La face interne du prépuce et celle du gland sont recouvertes d'un revêtement épithélial, muqueux, ce qui facilite l'inoculation et la formation des adhérences secondaires.

Parmi les cinq couches histologiques du prépuce, la médiane est formée par des fibres musculaires lisses, dont l'ensemble constitue le muscle de SAPPEY, qui peut se scléroser, et jouer un rôle dans la formation d'un phimosis.

Au fond du sac préputial, près de la couronne et dans les fossettes latérales du frein on trouve quelques glandes, dites de TYSON.

III. — LA PHYSIOLOGIE DU PREPUCE

Elle est importante et curieuse, peu connue en général. NOGUÈS (122), KAUFMANN (94), DOITEAU (51), RIVA, POGORELSKI (143), REINER (139), et d'autres s'efforcent de l'éclaircir. On peut considérer au prépuce trois fonctions: mécanique ou protectrice, sensitive et réflexogène, sécrétoire enfin. On ajoute parfois un rôle esthétique, que nous étudierons ultérieurement.

1° *Le prépuce, dit-on protège le gland*, le recouvre et défend sa sensibilité exquise. Le gland découvert perd un peu de sa sensibilité et il s'en suit une discussion: pour les uns la perte de la sensibilité équivaut à une diminution de la qualité sensorielle de l'acte génital, ce qui est vrai d'ailleurs, puisque la muqueuse du gland découvert se cutinise grâce aux frottements continus. Mais pour les autres ce

côté négatif devient positif et ils disent: « Si on perd de la sensibilité on gagne de la durée » (143), l'acte génital étant moins satisfaisant mais sa durée étant plus grande. Déjà MAIMONIDES signale ce fait et apprécie sa valeur morale, comme nous l'avons vu. C'est donc une question d'ordre tout à fait subjectif, à ne pas discuter, d'autant plus que la cutinisation du gland à une toute autre importance. Quant au rôle protecteur du prépuce il est plus virtuel que réel.

2. *La fonction sensisitive* et réflexogène est plus sérieuse. L'histologie décrit à ce niveau les corpuscules génitaux de KRAUSE et les corpuscules de tact de PACINI, avec un réseau nerveux très riche, — d'où l'irritabilité et la sensibilité très prononcée de la région. Dans certains cas, le prépuce protecteur et le gland, en état de même légère inflammation jouent le rôle d'une épine irritative, d'un point de départ des réflexes morbides vers la vessie, le rectum, les articulations coxo-fémorales, les membres inférieurs et même les organes intra-abdominaux (3, 14, 167, 183, 190, 191).

3. *La fonction sécrétoire* est faible mais suffisante pour être nuisible. Ce sont les glandes de TYSON qui sécrètent une substance sébacée. Elle se mélange aux débris de cellules épithéliales desquamées et forme le smegma préputial. Il s'y ajoute souvent un peu d'urine et si celle-ci est sucrée (diabétique) il se forme un ensemble nutritif très apprécié par certains germes, dans une température favorable à leur pullulation.

IV. — HYGIENE DU PREPUCE

Dans son sens^t le plus large l'hygiène tend à conserver et à améliorer la santé; elle s'adresse à l'homme bien por-

tant, au malade et au porteur sain des germes. Toutes ces questions peuvent être envisagées brièvement dans l'étude de l'hygiène de la région balano-préputiale.

1° *Chez l'homme bien portant d'abord.* — Nous savons que le prépuce forme un cul-de-sac profond, où s'accumule le smegma, qui favorise la germination des microbes et qui subit diverses décompositions chimiques, donnant naissance aux produits irritants, congestionnants (ammoniaque). Cela est surtout important dans les pays chauds. L'hygiène exige donc d'évacuer la cavité préputiale et de nettoyer ses faces intérieures après avoir découvert le gland. Mais un prépuce long, surtout avec un orifice étroit rend ces soins difficiles sinon impossibles. D'autre part, les attouchements et les manipulations concomittantes conduisent vers l'onanisme — et la négligence des soins vers un ensemble des phénomènes que nous étudierons dans la suite (113).

2° *Chez l'homme malade.* — L'importance de l'hygiène est surtout frappante dans certains états pathologiques. Une petite érosion d'origine herpétique, traumatique, etc..., qui passe souvent inaperçue, peut servir comme porte d'entrée d'une infection autrement grave. Un diabétique fait facilement une balano-posthite, qui évolue vers la gangrène, faute d'hygiène. Une ulcération spécifique s'infecte secondairement formant des « battants de cloche », des paraphimosis, des lymphangites.

3. *Les porteurs des germes* ou les malades inapparents enfin (NICOLLE) font actuellement l'objet d'études poussées en immunologie. Au niveau des replis cutanéomuqueux qui nous occupent on a trouvé des germes, qui sommeillent et qui n'attendent que le moment favorable pour se greffer sur un autre sujet, après un contact avec lui pendant un temps plus ou moins long. C'est ainsi que DUREL (56) a fait une étude récente de cette question touchant les maladies vénériennes; HAMMER, la bacillose.

Deux faits encore, qui touchent la vie génitale, méritent d'attirer l'attention de l'hygiéniste: d'une part, c'est la vie génitale de l'homme lui-même, de l'autre part c'est la vie conjugale. Dans la vie génitale de l'homme on insiste souvent sur les soins prophylactiques à prendre après des contacts suspects. Or, l'existence d'un prépuce long avec des réceptacles difficiles à « stériliser » les rend souvent impossibles ou illusoire. L'hygiène et la prévention en souffrent. Dans la vie conjugale enfin certains auteurs insistent sur la facilité de la contamination et du maintien d'une cervicite chez la femme et d'une balano-posthite chez l'homme, grâce au prépuce, qui retient les produits pathologiques pour les donner à la partenaire et réciproquement. Certains vont plus loin (BESSESSEN, EVANS. 21 b.) Considérant que la cervicite chronique produit des polypes, des ulcérations qui peuvent dégénérer en formations malignes, ils croient pouvoir lier un rapport dans certains cas entre le cancer du col et le prépuce long, infecté.

Ces quelques considérations nous obligent à conclure:

a) *L'existence du prépuce demande une hygiène particulière;*

b) *L'existence du prépuce met un obstacle, quand l'hygiène veut intervenir.*

V. — LA PATHOLOGIE DU PREPUCE

Elle est traitée un peu partout — dans les traités de pathologie externe, dans les encyclopédies, les périodiques et les thèses inaugurales, mais la plupart des auteurs s'occupe surtout de la question du phimosis, qui en réalité ne cons-

titue qu'une petite partie de la pathologie du prépuce. Nous nous proposons de tracer un ensemble aussi complet que possible de cette pathologie, afin de pouvoir justifier l'opinion émise que cet appendice de la verge est nuisible pour la santé et que son ablation préventive doit être envisagée pour éviter ce danger.

Le prépuce peut être lui-même malade, toute l'affection siège alors au niveau de cet « *organe malheureux* », comme RICHARD l'appelle; ou bien il peut être le point de départ, la cause prédisposante et favorisante d'une série d'affections des organes de voisinage ou à distance. Il intervient donc dans deux ordres des circonstances pathologiques d'une importance inégale, la seconde étant pour nous de beaucoup la plus intéressante et plus importante. Nous les étudierons séparément dans deux chapitres.

A. — LES MALADIES PROPRES DU PRÉPUCE

Il peut être le siège de malformations congénitales, de néoformations diverses, il peut s'infecter, il peut enfin présenter une disposition spéciale appelée phimosis. Certes, tout cela est possible tant que le prépuce conserve son existence. Avec sa résection ce chapitre perd la raison d'être.

1° *Les malformations.* — Certains auteurs rangent ici le phimosis; nous le séparons, puisqu'il est souvent acquis et son importance et sa fréquence sont tout autres que les malformations congénitales proprement dites. Elles sont rares, en général, voici les principales:

a) *L'occlusion* de l'orifice préputial, qui provoque l'impossibilité d'uriner. La résection se pratique alors d'urgence. Des cas sont cités par NOGUÈS, BOYER, J. L. PETIT, MARTIN, etc., etc.

b) *Le développement incomplet ou irrégulier.* — Il existe alors un lambeau d'un seul côté ou bien une division longitudinale en 2 lambeaux comme un bec-de-lièvre. Cas cités par TANT (162), LEGUEU et MICHON (106) et autres. Ces dispositions sont gênantes au cours des relations de la vie génitale et nécessitent une intervention. Le développement irrégulier ou inégal de la partie antérieure et postérieure, ou droite et gauche du prépuce peut aboutir à la non-correspondance de l'orifice préputial et du méat urinaire. La conséquence est que l'urine s'accumule dans le sac préputial, le distendant avant de s'écouler par l'orifice préputial. Le sperme aussi, au lieu de se porter vers l'orifice du col utérin, se perd dans le sac préputial.

c) La brièveté du frein cause de multiples inconvénients: érections douloureuses avec ruptures et hémorragies assez abondantes, dues à l'artère du filet; déviation ou abaissement de l'orifice préputial, impossibilité de découvrir le gland.

d) *Longueur exagérée* ou « *prépuce à trompe* » ou « *allongement hypertrophique du prépuce* », qu'il faut distinguer du phimosis congénital. Ici, le prépuce est long mais non rétréci. Cela est fréquent chez les jeunes et chez certaines races, comme les nègres par exemple. Une des conséquences importantes de cet allongement hypertrophique, ainsi que de la brièveté du frein et surtout de la non-correspondance des deux orifices, préputial et uréthral, ainsi que du phimosis vrai est *la stérilité*. En effet, dans ces cas, le sperme éjaculé a sa route barrée par le prépuce mal formé et n'est pas projeté vers le col utérin. Déjà PHILON (131) le fait remarquer; WOLESHEIMER (188) dans son opuscule déjà vieux et BAUER Fr. au XVIII^e siècle dans son traité « *De causis feconditatis gentis circumcisiæ* », indiquent parmi

les causes (caractère négatif dans leurs circonstances), celle de ci-dessus. Les historiens racontent que Louis XVI n'a pu féconder Marie-Antoinette, qu'après la résection de son prépuce. On dit aussi que c'est cette même circonstance qui a été le *primum movens* de la première circoncision historique: le patriarche Abraham, voyant le désespoir de sa femme Sara et devinant que son prépuce en est la cause, pratique l'opération et la naissance de leur fils s'en suit. Pour des raisons faciles à comprendre, il est presque impossible de fournir des statistiques probantes. Mais la logique et la physiologie normale sont parfaitement d'accord avec les suggestions concernant ce cas de stérilité. Une autre conséquence de ces malformations, est la prédisposition particulière aux infections.

2° *Les infections et ses séquelles.* — Elles sont relativement fréquentes et se voient surtout chez les sujets lymphatiques, herpétiques, malpropres, diabétiques. Chez les derniers, elles peuvent survenir comme un premier signe révélateur de leur diabète et avoir une évolution dramatique. Elles sont graves parfois, par les complications et les séquelles qu'elles laissent.

a) *L'inflammation du prépuce seul ou posthite* est rare; le plus souvent il y a balano-posthite à cause de ses rapports anatomiques et fonctionnels avec le gland. D'autre part, les balanites pures au début s'étendent, elles aussi, sur le prépuce, qui retarde et même empêche leur guérison et provoque des complications. Plusieurs germes banaux ont été incriminés; parfois c'est l'action irritante chimique ou mécanique (des calculs) qui est en cause. Plusieurs formes sont décrites en clinique: *La forme banale* ou commune présente toute une gamme d'intensité, depuis la simple congestion, l'aspect catharal ou inflammation superficielle avec rougeur intense jusqu'à la suppuration et ulcération. La marche

peut être aiguë, mais le plus souvent elle est chronique, ou à répétition, tant que la cause même, le prépuce, persiste.

La forme ulcéreuse de du Castel, contestée par certains existe bien, quoique rare; à ne pas la confondre avec une ulcération spécifique et vice-versa.

La forme érosive circinée de Berdal et Bataille est caractérisée par son agent pathogène, l'association fuso-spirillaire de VINCENT, qui se développe bien en anaérobiose, d'où l'indication rationnelle de réséquer le prépuce pour mettre à jour la région malade; évidemment l'affection est impossible si le prépuce est absent.

La forme séborrhéique de BALZER se voit surtout chez les lymphatiques; elle évolue rapidement vers l'excématisation et produit une tuméfaction douloureuse du prépuce avec fissuration de son bord. Elle détermine enfin des vulvovaginites conjugales prurigineuses, tenaces.

Signalons encore *les balano-posthite secondaires*, qui se greffent sur une lésion spécifique vénérienne, chancre syphilitique ou uréthrite blennorragique. Enfin, une importance toute particulière est attribuée aux balano-posthites des diabétiques; en effet, l'urine sucrée s'infiltrant dans le sac préputial est très recherchée par les germes pathogènes (se développant par ailleurs sur le smegma) et augmente leur virulence.

Parmi les affections propres au prépuce signalons encore :

b) *L'herpès préputial récidivant*, décrit par DOYON; il est dangereux par les inoculations vénériennes ou banales qu'il facilite, par les erreurs de diagnostic auxquelles il expose le clinicien. Parfois, il prend la forme d'herpès névralgique de MAURIAC et LANDE très douloureux. L'ablation du prépuce dans les deux cas met fin à l'affection.

c) *L'eczéma préputial*, cité par certains auteurs, est rare

en réalité, mais tenace dans son évolution. L'ablation du prépuce est radicale.

d) *La dermatite ammoniacale* de THOMSON (39, 80 et Clinical Study of Sick Child. Thomson-Edinbourg) peut se voir sous la forme d'un érythème simple ou squameux, d'une ulcération simple ou grave ou d'une dermatite préputiale, qu'il ne faut pas confondre avec une balano-posthite septique, commune. Se voit surtout chez les enfants et intéresse le bout libre du prépuce qui est gonflé, douloureux. La décomposition ammoniacale et le B. ammoniagènes (Cook. Am. J. of dis. of chil. 1921) ont été incriminés. Nous avons expliqué la pathogénie de ces transformations chimiques en traitant la physiologie et l'hygiène du prépuce pour ne pas y revenir.

e) *Le chancre mou* sera étudié plus utilement avec la syphilis .

f) *L'éléphantiasis* très fréquent dans les pays chauds. Les tissus laches du repli cutanéomuqueux se distendent facilement sous l'action des sérosités retenues soit par l'obturation des voies lymphatiques efférentes par des parasites, soit par une irritation inflammatoire chronique, sclérogène. L'éléphantiasis peut être localisé au prépuce ou bien constituer le premier pas d'un éléphantiasis de la verge et des bourses, formant des tumeurs énormes (Musée de Dupuytren, pièces n° 83, 306). La forme préputiale pure peut être primitive et se voit surtout dans les pays chauds et chez les Nègres à long prépuce (cas cités par LARREY, LAWRENCE, DEMARQUAY, etc..., 94, chap. XVII) ou bien secondaire, succédant à une inflammation chronique, longue et constituant alors ce que VELPEAU appelle « le phimosis éléphantiasique » et LANOS « le phimosis gras ».

g) *La gangrène enfin* (§¹/₂ et 174). — Le plus souvent elle est secondaire à une balano-posthite ou une ulcération, sur-

venues chez un sujet peu résistant et causée par des anaérobies ou un streptocoque très virulent. Parfois elle est en apparence primitive et prend la forme de « gangrène génitale foudroyante » de FOURNIER, survenant chez un sujet jeune, bien portant. Une légère érosion sur le prépuce peut évoluer vers une lymphangite, qui se transforme en une gangrène. Celle-ci prend enfin parfois la forme de gangrène blanche de QUESNY.

Toutes ces affections, dans lesquelles nous avons vu la part importante qui revient au prépuce peuvent laisser des séquelles après leur guérison, soit sous forme d'une sclérose simple du prépuce, d'une sclérose avec phimosis acquis cicatriciel, soit sous formes d'adhérences secondaires, pathologiques, entre la face interne, muqueuse, du prépuce et le gland, qui empêchent ou rendent douloureuse l'érection, qui se rompent souvent, saignent et facilitent ainsi l'inoculation par le spirochète ou les germes banaux.

3. *Les néoformations du prépuce.* — Elles sont rares. Elles sont bénignes le plus souvent, les malignes ne sont que le début d'un cancer du pénis à localisation primaire préputiale; elles seront étudiées ultérieurement avec le cancer pénien. Parmi les bénignes nous signalons:

a) *Les tumeurs kystiques*, parmi lesquelles on distingue les kystes mucoïdes ou adénome des glandes de Tyson, qui siègent au niveau de la base du prépuce, unique ou multiples; on le voit aussi bien chez les jeunes que chez les adultes. Des cas sont cités par FOCHIER, KLARK, FANO, JOBERT, VEAU et RENAUD, etc... Les kystes congénitaux du raphé, dermoïdes, étudiés par LANNELONGUE et ACHARD, d'apparition précoce, peuvent prendre un développement important.

b) *Les tumeurs vasculaires.* — Ce sont des angiomes du prépuce, ou des lymphangiomes. Elles coexistent et sont

confondues souvent avec les varices du pénis et l'éléphantiasis préputial.

c) *Tumeurs d'origine conjonctive.* — Citons seulement quelques cas rapportés de lipome et de corne cutanée pour nous arrêter un instant sur le papillome ou végétations génitales chez l'homme. Sans entrer dans des discussions étiologiques remarquons, que ces végétations siègent soit sur le gland ou sa couronne, soit sur la face interne ou externe du prépuce, sur son frein ou les bords de son orifice. De plus l'existence d'un prépuce long augmente l'irritation chronique et maintient les suppurations balano-préputiales, qui d'après certains favorisent ou même constituent l'agent causal de l'acanthosis; il gêne enfin l'opérateur au cours du traitement des végétations. Donc si le prépuce était absent on éviterait une grande partie des végétations et les complications septiques qui les accompagnent.

4. *Les calculs préputiaux.* — L'étude complète a été faite par ZAHN et LEWIN (108, où on trouvera une bibliographie complète), par GYON, FORSTER (65). Des observations classiques ont été rapportées par KERMOGANE, ROSHANSKY, BOKAÏ, KAUFMANN, VELPEAU. On les voit le plus souvent chez l'adulte entre 20 et 40 ans; ils sont assez rares chez les enfants. Ils coexistent le plus souvent avec un phimosis. Le nombre des calculs trouvés est variable de 1 à 70; le poids de 2 à 225 grammes (Lewin). Leur origine est double: il y a des calculs autochtones et des calculs d'origine vésicale, rénale ou urétrale (de la fosse naviculaire) qui émigrent avec l'urine et s'arrêtent dans le sac préputial distendu. Là ils peuvent augmenter leur volume par les dépôts des sels, contenus dans l'urine. Les calculs autochtones ont une double pathogénie: dans certains cas le smegma, retenu par le prépuce s'imprègne des sels calcaires d'origine urinaire et se transforme en calculs — cela est favorisé par la stagnation

de l'urine dans le sac préputial. Dans d'autres cas l'état inflammatoire du revêtement balanique et préputial, accompagné d'une fermentation ammoniacale, provoque la précipitation des sels alcalins de l'urine: phosphates calciques et ammoniaco-magnésiens surtout. Ce précipité chimique est cimenté par des produits organiques, bactériens ou tissulaires et un calcul est formé ainsi.

Mais quelque soit son origine, le calcul provoque des troubles par action mécanique, en obstruant l'orifice préputial, il empêche alors la miction; en irritant la muqueuse balano-préputiale, il est la cause des manifestations nerveuses, que nous étudierons dans un chapitre ultérieur; en blessant cette même muqueuse il ouvre une porte d'entrée aux germes et provoque des sensations douloureuses. Le seul remède efficace est de supprimer le sac préputial. Si on enlève seulement le calcul, il peut se reproduire.

5. *Le phimosis et le paraphimosis.* — Nous serons brefs pour cette question. Elle a fait l'objet de plusieurs travaux importants. Elle est communément connue et son importance est généralement admise. Pour ceux qui s'intéressent particulièrement à elle nous pouvons indiquer les travaux complets, que nous connaissons et qui figurent dans la bibliographie, surtout les numéros 11, 41, 64, 77, 94 (chapitres VI, VII, VIII), 100, 183.

Parmi les multiples définitions, nous préférons celle donnée par le professeur JEANBRAU (Pathol. Chir., t. V., p. 1): « le phimosis consiste dans l'étroitesse anormale du conduit préputial qui ne peut s'ouvrir assez largement pour découvrir le gland ». Sa fréquence chez les adultes varie de 2 à 3 % (voir l'Anat.); les enfants tout jeunes sont presque tous plus ou moins phimotiques.

Le phimosis peut être congénital ou acquis; dans ce der-

nier cas il est soit inflammatoire, soit cicatriciel, soit sénil (secondaire à l'atrophie du gland. Schweizer et Wake). Suivant son évolution il peut être aigu ou chronique.

Qu'il soit congénital ou acquis, le phimosis n'est que l'expression d'un état anatomique du prépuce tel, qu'il présente le maximum, quantitativement et qualitativement, de ses inconvénients cliniques habituels. De ce titre il peut réaliser toutes les manifestations morbides que nous avons étudiées jusqu'à présent et que nous étudierons dans la suite, avec d'autant plus de facilité et d'efficacité, qu'il est plus serré. Mais en plus il est accusé d'être la cause des troubles plus spécialement propres à lui et que nous nous contenterons de classer et d'énumérer rapidement. Ce sont :

a) *Les accidents mécaniques*, parmi lesquels nous signalons deux cas :

1° Le paraphimosis, qui « consiste dans l'étranglement de l'extrémité du pénis par l'anneau préputial, ramené en arrière pour découvrir le gland » (JEANBRAU) après avoir forcé l'orifice préputial trop étroit pour cela.

2° L'obstacle mécanique aux tentatives du clinicien, qui cherche à examiner la couronne du gland, la face interne du prépuce ou le fond de la rainure balano-préputiale, où se cache souvent le nodule primitif d'un cancer du pénis où un chancre syphilitique de petites dimensions, qui passe inaperçu d'autant plus facilement qu'il est indolore. Chaque vénérologue pourra en citer des observations.

b) *Les accidents génitaux* parmi lesquels nous citerons :
la gêne de l'érection, qui en plus est douloureuse ;
la gêne à l'éjaculation du sperme avec stérilité comme conséquence (Cf. *Les malformations*).

Enfin, la sensibilité exagérée du gland avec l'apparition consécutive du priapisme, d'une éjaculation anticipée ou conduisant facilement vers l'*onanisme*.

A ce vice très dangereux pour l'avenir psychique, génétique et même somatique du sujet, qui s'installe parfois assez précocement on peut prêter, dans le cadre qui nous intéresse une triple cause favorisante et efficiente :

1° Le gland, enveloppé par son prépuce long, est très sensible, son revêtement est très délicat et le moindre attouchement provoque une érection.

2° Les soins de propreté de la région nécessitent le décalottement du gland et des attouchements.

3° Les fermentations ammoniacales dans le sac du prépuce, le smegma, les calculs, un léger état inflammatoire ou congestif provoquent une irritation, une démangeaison ou un prurit, qui font gratter ou malaxer l'organe génital. Au cours de toutes ces manipulations et circonstances l'enfant éprouve des sensations agréables. Innocent au début et ne se rendant pas compte, il les répète — et la mauvaise habitude s'enracine. Plusieurs auteurs conseillent dans ces cas de pratiquer dès le début la résection du prépuce, pour mettre le gland à nu, cutiniser son revêtement et le libérer des démangeaisons; ils notent des cas de guérison survenue (CLAPAREDE, SZTARK, DOITEAU).

3° *Les accidents urinaires enfin.* — La gêne à l'émission d'urine, la rétention et la distension des cavités et des canaux en amont, ne demandent pas des commentaires (25, 26, 80).

Mais ce qui est plus frappant et non moins incontestable, c'est le rapport du phimosis, ou plus généralement d'un prépuce long, avec *l'incontinence nocturne d'urine*. C'est TROUSSEAU, qui avec ses observations de guérison de cet incontinence symptomatique par l'ablation du prépuce qui ouvre la série de faits cliniques et d'études, faites par RECLUS, FORMÉ, GUYON et CIVIALE. TAGNARD consacre à ce sujet

sa thèse inaugurale à Montpellier (161). Notons simplement ce rapport de cause à effet et la preuve thérapeutique, sans entrer dans des discussions sur les pathogénies possibles. Le corps de délit est de nouveau le prépuce, qui irrite le gland; un réflexe balano-vésical contracte alors la musculature de la vessie et l'émission involontaire d'urine se produit.

En résumé nous voudrions attirer l'attention sur les faits suivants:

1° *Le phimosis n'est possible, que si le prépuce existe.*

2° *Le phimosis cause une série importante d'accidents graves.*

3° *Le phimosis existe chez la plupart des enfants jeunes et les expose ainsi à ses méfaits.*

4° Seule l'ablation préventive du prépuce évite tout cela.

B. — LES AFFECTIONS QUE FAVORISE L'EXISTENCE DU PREPUCE

La deuxième partie de la pathologie du prépuce a pour objet l'ensemble des influences pathologiques qu'il exerce sur les organes du voisinage ou situés à distance. Le prépuce joue ici un rôle d'une cause favorisante, d'un *locus minoris resistentiae* ou même dans certains cas d'une cause efficiente. Certaines de ces affections sont localisées, dans leur phase du début au moins, à la région que nous étudions — c'est le cas du cancer du pénis et de la syphilis, par exemple; les autres apparaissent à distance — c'est le cas des hernies chez les enfants, de la pseudocoxalgie, etc... Nous étudierons ces deux ordres des manifestations pathologiques séparément.

1° *Les affections locales*

Les deux les plus importantes sont: le cancer de la verge et la syphilis:

1° LE CANCER PÉNIEN.

a) *Historique.* — Le premier travail d'ensemble a été fait par DEMARQUAY (1877.48). Viennent ensuite les contributions de WINIWARTER, BILLROTH et KAUFMANN (94). TIERSCH, RIBBERT et de QUERVAIN s'intéressent surtout de la question pathogénique. FÖDERL à Vienne et WOLBARST à New-York publient plus récemment plusieurs travaux intéressants. C'est enfin en 1935 que LENORMANT, dans la *Presse Médicale*, récapitule les notions acquises sur cette question. Notons enfin que c'est à Montpellier que DELPECH déjà en 1832 décrit l'*extirpatio penis*; en 1911 soutient sa thèse importante sur le cancer du pénis E. LAUX.

b) *Les données étiologiques.* — La fréquence du cancer pénien est variable suivant les auteurs et les pays, mais surtout suivant l'existence ou non du prépuce en général et du phimosis en particulier.

Voici les chiffres de quelques auteurs:

PAGET et SIBLEY: 11 cancers pén. sur 1020 cancers en général: 1 %.

WINIWARTER: 14 cancers péniciens sur 548 cancers en général: 2,55 %.

BILLROTH: 26 cancers péniciens sur 862 cancers en général: 3,1 %.

WOLBARST (186): 710 cancers péniciens sur 43.849 cancers en général: 1,6 %.

LEGUEU et MICHON calculent à 3 % le nombre des cancers péniciens. ENGLISH trouve seulement 1,9 %. Dans les pays exotiques la fréquence est plus grande. SAMPOERNO à East-Java trouve 9 % (7 sur 78), MAXWELL en Chine 15,8 % (88 sur 559), VOGEL trouve 10 % (5 sur 48). Si on compare la fré-

quence du cancer pénien avec les autres qu'on rencontre chez l'homme, il occupe la 7^e place.

Suivant l'âge la répartition du cancer pénien est la suivante, d'après DEMARQUAY et KAUFMANN :

De 51 à 60 ans — 30 % des cas.

De 41 à 50 ans et de 61 à 70 ans, 22 %.

De 31 à 40 ans et de 71 à 80 ans, 9,5 %

Cas plus rares à l'âge de 20 à 30 ans.

L'étude du début, ou de la première localisation du nodule cancéreux nous fournit une notion importante: elle se fait souvent sur le prépuce et de là le néoplasme se propage vers le gland et plus loin. GUSSENBAUER schématise ainsi l'évolution habituelle du cancer pénien: prépuce —» gland —» la plus grande partie du pénis —» lymphangite. —» adénite —» métastase.

Voici d'ailleurs quelques chiffres.

D'après FÖDERL :

début par le gland: dans 11 cas.

début dans la rainure balano-prép.: 12 cas.

début sur le prépuce: 10 cas.

début sur l'orifice urétral: 3 cas.

D'après KAUFMANN :

début sur le prépuce: 16 cas;

début sur le gland: 13 cas.

D'après PETERS :

Début sur le gland: 12 cas.

Début sur le prépuce: 12 cas.

C'est donc le prépuce qui est dans plus de 50 % des cas le siège du cancer au début. Dans les autres cas il agit par sa présence, puisque: comme facteurs étiologiques de premier ordre, et qui nous intéressent plus spécialement, sont citées partout:

1° La coexistence du phimosis et du cancer pénien;

2° L'extrême rareté de ce cancer chez les péritomisés.

Le rôle du phimosis est généralement déjà admise. CZERNY écrit:

« Au niveau du pénis la circoncision paraît immuniser contre le cancer ». LEGUEU avoue qu' « il est un fait, que l'on ne peut pas passer sous silence -- c'est l'importance du phimosis (dans l'étiologie du cancer du pénis); la coexistence de deux lésions est admise par tous les auteurs et dans une grande proportion ». Le Professeur JEANBRAU a exprimé le même avis. Quelques statistiques enfin confirment les paroles:

La coexistence du phimosis et du cancer est signalée par:

HAY, ROUX et CULLERIER, dans 66 % des cas.

DEMARQUAY dans 70 % des cas (42 sur 59).

BARNEY dans 85 % des cas.

FÖDERL dans 55 % des cas.

D'autre part, rappelons que le phimosis chez l'adulte se voit dans 2-3 %, donc il semble que le phimosis est aimé par le cancer.

Or, le phimosis n'est qu'un état anatomique du prépuce, qui offre le maximum des prédispositions locales pour le cancer. Mais ce même prépuce tel qu'il est joue aussi un rôle morbide important. En effet, les statistiques que nous donnons ci-dessous montrent que le cancer pénien n'existe pas chez les Juifs circoncis dans leur enfance, qu'il existe chez un petit nombre de mahométans, qui se circoncisent plus tard et souvent incomplètement, ce qui serait la cause unique et suffisante de ces cancers.

1° *Statistique des hôpitaux hindous, 1925-30 (185).* -- Dans 4 hôpitaux: Madras Presidency and Madras City, Government of Bengal, Civil Hospitals, Central Provinces et Civil Hospitals Assam, sur un total de 7.692 cancers chez l'homme, il y avait 1.200 cancers de la verge, répartis ainsi:

1.174 Hindous et 26 mahométans (circoncis), soit 2,2 % de mahométans atteints de cancer du pénis, tandis qu'ils constituaient 21,2 % de l'ensemble des malades de ces hôpitaux.

D. W. SHUTHERLAND trouve sur 792 cancers chez l'homme, 72 cancers de la verge, tous chez les Hindous, 0 chez les mahométans. Y. W. D. MEGAW à Kalkutta, observe 64 cas de cancer de la verge chez les Hindous et 2 seulement chez les mahométans.

2° *Statistiques américaines* (1925-1930) (186).— WOLBARST, après une longue enquête, trouve: dans 146 hôpitaux avec 3,4 % de malades Israélites, 710 cancers pénien sur un total de 43.849, tous chez des non-circoncis; dans 33 hôpitaux avec 5,5 % de malades israélites, 120 cancers du pénis, chez des non-circoncis seulement; enfin, dans 26 hôpitaux juifs avec 73 % d'israélites, il trouve 7 cancers du pénis, tous chez les non-juifs.

3° *Autres statistiques*. — BARNEY: 100 cas de cancer du pénis;

SHIVERS: 5 cas;

HOWZE: 17 cas;

DEAN et SCHREINER: 135 cas.

Tous ces cas se trouvent chez les non-circoncis .

SORSBY ne trouve aucun cas de cancer du pénis chez 2.252 Juifs morts par cancer à Londres et à Vienne. Pareilles observations sont faites par HOFFMANN à Montréal. JASSLEY dans les hôpitaux de Hadassa, en Palestine, ne trouve pas un seul cancer du pénis sur 42.321 malades soignés dans les cliniques de dermatologie et syphilographie. Un cas unique observé concerne un Arabe chrétien non-circoncis.

Les faits cités sont nets et ne demandent pas de longs commentaires.

Pour être complet, citons enfin un autre facteur étiologique: les traumatismes répétés du prépuce, cher depuis

que DUPUYTREIN a rapporté le cas de cancer chez cet homme, sur le prépuce duquel sa femme a mis deux broches en or avant son départ pour un voyage qui dura 4 ans.

c) *Considérations pathogéniques.* — Comment expliquer l'influence du prépuce sur la production d'un cancer du pénis? On ne peut pas affirmer qu'il constitue le *primum movens* — le dernier est inconnu encore en cancérologie — mais les faits cliniques et statistiques acquis permettent de faire intervenir les facteurs suivants: l'inflammation chronique, l'irritation chronique, l'irritation mécanique et les traumatismes répétés, même minimes.

En effet: le prépuce produit, favorise ou maintient l'état inflammatoire, suppuratif ou simplement congestif de la muqueuse balano-préputiale. A la longue, ceci conduit vers une prolifération anarchique de l'épithélium. De pareils processus se voient aussi au niveau des fistules, des plaies atones, etc. L'irritation chimique dans certains cas se surajoute ou prédomine: c'est la fermentation ammoniacale, c'est la libération de certains acides aminés, contenus dans l'urine, retenue dans le sac préputial, qui peuvent provoquer les mêmes phénomènes que le goudron sur l'oreille du lapin. L'irritation mécanique est le fait surtout du smegma et des calculs préputiaux, qui frottent continuellement les faces muqueuses du sac (mécanisme comparable dans le cancer des ramoneurs). Enfin, les traumatismes sont représentés par les ruptures répétées du frein, s'il est trop court, ou des adhérences pathologiques ou bien du bord de l'orifice préputial, forcé au cours de l'érection.

d) *Conclusions.* — L'étude clinique et les indications thérapeutiques curatives ne nous occupent pas actuellement. C'est seulement le traitement préventif qui nous retient. Celui-ci, en s'inspirant des notions statistiques et étiologi-

ques que nous venons de donner, nous dicte ces quelques conclusions :

- 1° *Il existe un rapport indiscutable de cause à effet entre le prépuce et le cancer du pénis;*
- 2° *Les hommes circoncis dans leur enfance ne sont pas atteints de cette affection.* Cette immunité ne constitue pas une propriété raciale, mais c'est la conséquence de la disposition anatomique, nouvellement acquise par la péritomie.
- 3° *Le taux de la morbidité par le cancer pénien est de 1,5-3 % dans nos régions. Il s'élève jusqu'à 10-15 % dans les pays chauds, dans les colonies, en Extrême-Orient.*
- 4° *Le cancer du pénis est la cause de 0,45 % en U.S.A., de 0,61 % en Angleterre, de la mortalité totale.*
- 5° *La résection préventive du prépuce, qui doit se faire le plus tôt possible, fera disparaître certainement le cancer pénien, d'autant plus radicalement qu'elle sera plus généralement exécutée.*

2° LA SYPHILIS

Maladie redoutable, meurtrière, bien étudiée en clinique et au laboratoire, pour pouvoir la dépister précocement, la traiter efficacement, mais surtout pour pouvoir éviter ce fléau. Or, certains considèrent que les efforts de la science sont vains en ce qui concerne la prophylaxie antisiphilitique puisque :

1° Le spirochète est un trait-d'union « quasi-naturel » entre les deux sexes;

2° Il y a un parallélisme entre la civilisation et la syphilisation.

Mais les autres, plus nombreux, ne renoncent pas du tout; ils ont à leur disposition plusieurs armes. E. L. A. BAUDE, dans sa thèse (12), en fait une étude complète et fort intéressante; plus récemment C. LEVADITI (107) donne une mise au point de la métaloprévention. *A l'heure actuelle donc nous disposons des moyens préventifs suivants:*

I. — Les préservatifs mécaniques.

II. — Les préservatifs pharmacologiques ou médicaux qui agissent soit par action locale antiseptique, soit par action générale, en injection (Bi, As, Hg).

III. — Et j'ajoute à cette liste classique un troisième: *le préservatif chirurgical = l'ablation préventive du prépuce*. Je le considère d'une importance aussi grande que les précédents parce que:

1° Aucun de ces préservatifs ne garantit pas en 100 %;

2° Le troisième dans la liste est aussi facile et inoffensif dans son application que les autres, avec cet avantage qu'elle se fait en une seule fois pour toutes.

3° Le troisième présente à part son rôle préservatif encore des multiples avantages, étudiés ailleurs.

4° Son efficacité peut être démontrée.

Nous allons essayer de le faire actuellement.

a) *Le point de vue théorique et expérimental.* — Si on est d'accord avec « vox populi, vox Dei » on a déjà une confirmation de l'idée qui nous occupe, puisque on lit, on entend et on écrit souvent que les posthécotomisés sont plus résistants à l'infection vénérienne que les autres. Mais nous avons aussi une autre confirmation. *Un premier fait:* Le spirochète pâle entre dans l'organisme dans 95 % des cas par la voie génitale, pénienne. La première barrière qu'il rencontre, c'est le revêtement cutanéomuqueux de la verge. La plupart des auteurs admet qu'une solution de continuité est indispensable pour qu'il puisse passer; les au-

tres pensent qu'il est assez vigoureux pour pouvoir passer à travers un épithélium intact. Mais tous sont d'accord, qu'un épithélium peu résistant, mince et congestionné est très vulnérable et facilement transversable par le spirochète — donc l'inoculation spécifique est facilitée. Par contre, si on enlève précocement le prépuce, le gland n'est plus protégé, sa muqueuse se cutinise et s'épaissit (étude histologique de Schuchardt) — un locus majoris resistentiae se constitue. A ce propos le Docteur Ch. SZTARK écrit :

J. J. ROUSSEAU, dans *Emile* conseille: « Il importe que les os de la tête deviennent plus durs et moins poreux, pour armer le cerveau contre les blessures, les rhumes, etc... Accoutumez donc vos enfants à demeurer été et hiver, jour et nuit, toujours tête nue ». Et moi j'ajoute: *gland nu*.

Un deuxième fait: Les infractuosités, macérations et ulcérations, la rétention du smegma et des smégmolithes, la fermentation, la formation et la rupture des adhérences ou du frein — voilà une liste brièvement esquissée des dispositions, qui facilitent ou ouvrent la voie d'accès au germe de SCHAUDINN. Mais tout cela disparaît si on résèque le prépuce.

Un troisième fait: pour pouvoir appliquer la prévention locale chimique et hygiénique, quand le jeune homme le juge utile, il rencontre souvent un obstacle: son prépuce, qui est trop long ou avec un orifice trop étroit. Le résultat est que les antiseptiques locaux qu'il a utilisés n'ont pas agi là où les germes se sont réfugiés. Il n'a qu'à demander son ablation chirurgicale.

Il semble donc, à priori, que la péritomie, comme mesure prophylactique antivénérienne, a une base logique. Qu'en dit la clinique ?

b) *Le point de vue clinique. Statistiques.* — Le « matériel d'étude » clinique est en apparence très important: d'un côté 200 millions des circonsis: Mahométans, Juifs, peupla-

des africaines et de l'autre côté le reste de la population masculine terrestre. En réalité, nous sommes pauvres en chiffres bien recueillis. Les causes? Nous les connaissons (Cf. Introd.) .

Toute comparaison clinique rationnelle doit garder le principe de « ceteris paribus ». Dans notre cas il faut donc choisir deux sociétés, qui vivent dans les mêmes conditions et ne diffèrent que par l'absence ou la présence du prépuce. Cela est rare. Pourtant les communautés juives, dont les membres sont posthectomisés et vivent parmi des voisins, qui ne le sont pas, ainsi que les Européens vivants dans les colonies avec des indigènes circoncis constituent *deux sources d'information*.

Par contre les peuplades dont les mâles sont circoncis mais vivants dans des conditions très différentes des nôtres, ne peuvent pas servir comme matériel de comparaison. Chez eux, par exemple, la syphilis est répandue parce que la sexualité occupe la première place dans leur vie et la prostitution ne connaît pas des réglementations.

Voici enfin les faits cliniques en chiffres. Premier fait: La localisation de l'accident primaire. Le chancre induré est trouvé sur le prépuce et le fourreau

dans 74 % des cas par FOURNIER (314 sur 423) ;

dans 72 % des cas par CLERC (234 sur 325) ;

dans 74 % des cas par B. HILL (111 sur 150) ;

dans 87 % des cas par PAVLOFF ;

dans 75 % des cas par MOYER.

Mais ces auteurs n'indiquent pas le pourcentage des localisations préputiales proprement dites, et celles du fourreau séparément.

CZERNY DE WILNO (15) donne des chiffres plus précis: le chancre se localise:

sur le fourreau dans 17 % des cas;

sur le gland et sa couronne dans 24 % des cas;

sur le prépuce dans 59 % (21 % sur le frenulum et 38 % sur les faces).

HUTCHINSON JUN. (83) trouve seulement 27 % des chancres sur le prépuce. Prenant la moyenne entre les chiffres extrêmes on peut établir que 48-50 chancres durs sur 100 apparaissent sur le prépuce. Est-ce à dire qu'un tel nombre de contaminations peut être évité par la péritomie préventive? Voyons la suite:

Deuxième fait: comparaison de la morbidité syphilitique parmi les hommes avec ou sans prépuce.

a) J. HUTCHINSON (109). Le rapport, concernant tous les malades traités par lui, entre circoncis et non circoncis = $1/3$. Le rapport concernant seulement les malades atteints de syphilis entre circoncis et non circoncis = $1/15^e$. Le rapport concernant seulement les blennorragiques circoncis et non circoncis = $1/2$. Donc la proportion de la syphilis est beaucoup plus grande chez les non péritomisés que chez les péritomisés. Pourtant les deux populations vivent dans les mêmes conditions et sont exposés aux mêmes risques de contamination vénérienne, la preuve que la blennorragie ne connaît pas une telle disproportion.

b) HARDING FREEDLAND (69) affirme: pendant les 3 ans qu'il était médecin de la Oriental Steam Nav. Comp. il n'a pas vu des chancres durs chez les marins Lascars (musulmans) qui n'échappaient pas à l'écoulement d'origine diplococcique, tandis que les Sedis non posthectomisés et les Européens étaient souvent victimes des spirochètes de SCHAUDINN.

c) H. BREITENSTEIN (28) passe 20 ans aux Indes néerlandaises comme médecin des troupes coloniales. Lui d'abord et le bulletin du Ministère de la Guerre ensuite nous donnent des chiffres de 1850 jusqu'à 1911 dont voici l'essentiel:

L'armée coloniale compte 20-40.000 soldats, dont 10-20.000 Européens et le reste indigènes, qui sont posthectomisés. Tous vivent dans les mêmes conditions; l'âge, les occupations, l'alimentation et les sources de contamination possibles sont les mêmes. La morbidité générale est $3/2$ fois plus grande parmi les indigènes; de même la mortalité, dont le rapport est de $7:3$.

Pour la morbidité spécifique l'aspect change: parmi les Européens il y a 6,4 % des syphilitiques traités (l'accid. primaire forme 2,97 %); parmi les indigènes 1,14 % seulement (l'accid. prim. forme chez eux 0,66 %). Donc les non-circoncis sont atteints 5,6 fois plus souvent par la syphilis que les circoncis, vivant dans les mêmes conditions.

d) Pendant les années 1927, 28, 29 à la clinique « Sawicz » à Wilno (où chaque quatrième citoyen est posthectomisé) on a traité 813 circoncis et 3820 non circoncis. Parmi les premiers, il y a 42 atteintes syphilitiques, soit 5 %; parmi les seconds 1245, soit 32 %, c'est-à-dire 6,4 fois plus. Tenant compte du rapport 813/3820 on voit que les circ. ont 1,6 fois moins des spécifiques que les non circ.

e) CZERNY, de la Clinique Universitaire dermato-syphili-graphique de Wilno donne le tableau suivant:

Sur 752 non circoncis, il y a: 429 blennorragiques, 234 syphilitiques et 89 chancrelleux.

A la même époque sur 106 circoncis les chiffres correspondants sont: 87, 15 et 4.

Le rapport syphilis-blennorr. est de $7/12$ pour les premiers et de $2/12$ pour les seconds. Donc, d'après cette statistique, la syphilis semble 3,5 fois plus fréquente chez les porteurs des prépuces que chez les circoncis.

f) BERKOWICZ (18) à Odessa (Russie) donne ceci comme preuve:

Sur 13,28 malades circoncis il y a 15 syphilitiques ou 1,1 % et 6 chancrelleux ou 0,45 %.

A la même époque sur 1434 malades non circoncis il y a 50 syphilitiques ou 3,5 % et 39 chancrelleux ou 2,7 %. La gonococcie est également fréquente dans les deux groupes. La spécificité par contre semble 3 fois moins morbide pour les circoncis, compte tenu de la proportion des malades en général.

g) A. L. WALBARST (184) rapporte un lot de 800 malades vénériens, dont 400 non circ. et 400 cir. Dans le premier lot il trouve 41 % de chancreux et chancrelleux, dans le second 22 % seulement, dont 2 fois moins.

Troisième fait. — L'hérédosyphilis et la parasymphilis chez les péritomisés ou avec prépuce. Nous avons peu de renseignements.

a) HUTCHINSON signale son examen de 252 enfants au-dessous de 5 ans. Les parents de 179 enfants ont leur prépuce intact; parmi eux il y a 27, ou 15 % d'hérédosyphilitiques. Les autres 73 ont des parents sans prépuce, parmi eux il y a 3 (ou 4 %) d'hérédosyphilitiques.

b) Statistique des hôpitaux de Varsovie. Dans cette ville il y a 30 % des péritomisés. On a enregistré les décès pendant 10 ans (1921-1931) des enfants hérédo-spécifiques et on a trouvé, par exemple, pour les nourrissons de 0-12 mois 1178 décès dans les familles chrétiennes et 41 seulement dans les familles juives. Tenant compte du pourcentage réciproque de ces deux populations on peut conclure que l'hérédosyphilis est 12 fois moins fréquente dans les familles des péritomisés.

c) *Les conclusions* qu'on peut tirer des lignes qui précèdent sont les suivantes:

Le prépuce est une porte d'entrée « idéale » pour le spirochète pâle, il la choisit dans 48-50 % des cas.

Le prépuce enlevé, le revêtement balanique s'épaissit par cutinisation et devient moins vulnérable.

D'où la moindre fréquence de la spécificité chez les posthectomisés (2-6 fois suivant les auteurs, 4 en moyenne).

D'où donc la légitimité de la résection précoce de cet organe dans un but prophylactique antisypilitique.

3° QUELQUES AUTRES MALADIES LOCALES

Le chancre mou. Il siège le plus souvent au niveau de la rainure balano-préputiale et du bord libre du prépuce. Chez les hommes avec un long prépuce il est plus fréquent et provoque des complications septiques (gangrène) ou mécaniques (phimosis aigu, paraphimosis) plus graves. Les mêmes arguments pathogéniques peuvent ici être invoqués que pour la syphilis. Les statistiques qui le prouvent sont assez nombreuses. LLOYD (109) trouve parmi ses malades 76 % non-circoncis et 24 % circoncis. Chez les premiers il constate 9 chancres de DUCREY, chez les seconds seulement 1 cas, dont 3 fois moins, tenant aussi compte de la proportion des malades en général. BERKOWICZ (18) trouve 6 chancres mous chez les circoncis qui constituent 48 % de la totalité des malades et 39 chancres mous chez les conservateurs du prépuce qui constituent le reste, 52 %. Tenant compte de ces relations démographiques on peut conclure que le bacille de DUCREY attaque efficacement les non circoncis 6 fois plus souvent que les circoncis.

La blennorrhagie. — La contamination se fait aussi bien quand le prépuce existe ou n'existe pas. Mais son évolution peut être modifiée défavorablement par la présence du repli en question. Il favorise, en effet, la suppuration locale, la surinfection par des germes banaux et il gêne au cours du traitement local antigonococcique.

Dans les pays chauds il y a un certain nombre des maladies parasitaires tropicales, qui se localisent sur l'organe génital mâle (la bilharziose, par exemple) produisant surtout de l'éléphantiasis du prépuce avec lymphorrhée.

Il est évident que dans tous ces cas le posthectomisé préventivement ne tirera que bénéfice de l'absence du prépuce.

2° *Les affections à distance*

Ce sont des affections variées, fréquentes et importantes, qui en apparence n'ont aucun rapport avec le prépuce, mais en cherchant bien on le trouve et on l'explique facilement. 2 processus pathogéniques sont à la base de ces affections: un mécanique et un autre nerveux, réflexe.

Les affections d'origine mécanique. Elles sont possibles seulement chez l'enfant, chez lequel on trouve réunis deux facteurs coexistants nécessaires: miction difficile et point faible quelque part.

Nous étudierons successivement:

1° *Les hernies.* — Un prépuce long et étroit avec un orifice externe dévié, cause des difficultés pour uriner; l'enfant pousse pour vider sa vessie, contracte les muscles pariétaux de l'abdomen. Si en même temps la paroi présente des points faibles, comme à l'ombilic, dans la région inguinale, ou si le canal péritonéo-vaginal n'est pas encore complètement oblitéré — ils se laissent forcer par le contenu de l'abdomen et une hernie apparaît. Les cliniciens avertis ont remarqué, en effet, depuis longtemps:

Que les hernies chez les enfants coexistent souvent avec un phimosis;

Que les hernies multiples chez le même enfant sont le privilège des enfants avec ce vice de formation.

Que les hernies disparaissent très souvent après l'opération du phimosis.

BURFORD NORMAND accuse le premier la structure du prépuce d'être la cause des hernies, vers le milieu du XIX^e siècle. Depuis les travaux apparaissent en abondance. Citons ceux de FRIEDEBERG (70), d'OSBORNE (125), de DENUCÉ (49), ENGLISH, BERGER (17, Thèse), SWASEY, etc... C'est Maurice PERAIRE (130) au *Congrès de Chirurgie* de 1904 qui fait la mise au point de cette question d'une façon parfaite.

Les statistiques probantes sont multiples, voici quelques exemples:

FRIEDBERG a observé 111 cas des hernies chez des enfants et constate:

Le nombre des garçons hernieux est de 62 % plus grand que celui des filles; 27,7 % des garçons sont porteurs d'un phimosis congénital; chez les phimotiques les hernies doubles ou multiples sont deux fois plus fréquentes que chez leurs camarades non phimotiques; après l'opération du phimosis, la hernie disparaît, d'autant plus rapidement et sûrement que l'opération est faite plus précocement.

PERAIRE dans son rapport communique ses observations personnelles de 8 ans, pendant lesquels il a vu 199 cas de phimosis avec coexistence, dans 88 cas (45 %), d'une hernie simple ou double, avec 5 hydrocèles et 4 prolapsus du rectum. Comme traitement, qui a fait sa preuve, il indique le délabrement du prépuce.

KEMPE (in 94) nous apprend: Enfants jusqu'à 6 mois: 19 phimosis et 15 parmi eux ont une hernie comme complication. De 6 mois à 1 an: les chiffres correspondants sont: 8 et 5, etc... En somme: 50 cas de phimosis avec 31 hernies coexistantes (62 %).

A partir de 3 ans et demi la coexistence cesse. Limités dans l'étendue de ce travail, pour des raisons d'ordre technique, nous ne pouvons pas multiplier les observations

que nous avons dans le dossier. Mais déjà les faits indiqués suffisent pour conclure :

- a) Il y a plus de 25 % des hernies dues au phimosis;
- b) Plus de 50 % des phimosis se compliquent d'une hernie (simple ou multiple, inguinale, scrotale, ombilicale ou de la ligne blanche);
- c) La réalité du rapport de cause à effet entre ces deux affections est démontrée par l'épreuve du traitement;
- d) Par la résection préventive du prépuce on peut donc éviter un certain nombre des hernies chez les enfants.

Les autres affections de causes mécaniques sont l'hydrocèle congénital et le prolapsus du rectum.

2° *L'hydrocèle congénital.* — On suppose que pendant la poussée abdominale, les muscles en se contractant, rétrécissent le canal inguinal et provoquent la compression des veines du cordon spermatique, d'où un exsudat dans une vaginale qui n'a pas encore achevé le processus de coalescence (DENUcé). Certains ajoutent l'intervention des phénomènes inflammatoires très légers, d'origine balano-préputiale, propagés par voie urétrale (JARJAWAY). Des observations sont rapportées par BERGER (5 hydrocèles sur 20 cas de phimosis, série heureuse), SCHMIDT (18 hydrocèles sur 138 phimosis), PERAIRE, DENUcé (49 et 112). KRAEWSKI (92) en a fait une étude très complète.

3° *Le prolapsus du rectum chez l'enfant* reconnaît plusieurs causes; mais il apparaîtrait aussi, quand à la difficulté de la miction et à la poussée abdominale consécutive s'ajoute une faiblesse du périnée et des attaches des organes intrapelviens aux parois osseuses. Des cas cliniques, expliqués par ce mécanisme ont été rapportés par PERAIRE, BRAMANN et HALLÉ. Robert de VERNEJOL (175) consacre à ce sujet sa thèse inaugurale (Paris 1919).

Les affections à pathogénie nerveuse, réflexe. --- Dans

les chapitres « anatomie » et « physiologie » nous avons longuement décrit les connexions nerveuses et la fonction réflexogène du prépuce. Ces relations nous expliqueront maintenant qu'une irritation, partie de la région balano-préputiale, peut se réfléchir au niveau d'une articulation coxo-fémorale et donner naissance à un tableau clinique d'une coxalgie — c'est ce qu'on appelle la pseudo-coxalgie des phimotiques.

LEGUEU écrit: « Les diverses branches de l'appareil urinaire sont reliées entre elles par des voies physiologiques d'innervation, qui permettent aux lésions les unes de retentir sur les autres » et ainsi un ensemble des troubles urinaires d'origine nerveuse est constitué. GUYON l'appelle: les faux urinaires.

Enfin, les connexions avec le sympathique abdominal expliquent les troubles fonctionnels du tube digestif. Les connexions avec les plexus lombaire et sacré sont à l'origine des manifestations d'ordre moteur. Disons quelques mots de chaque groupe.

1° *La pseudocoxalgie*. — J. ADAMS (J. Am. M. As. 1887) la décrit pour la première fois. REVERDIN, KIRMISSON, VEYRASSAT (177) citent des observations, qui ne laissent pas des doutes. SAYRE trace le schéma suivant de cette affection: tableau clinique d'une coxalgie, avec boiterie, douleur à la mobilisation, limitation des mouvements, contractures, sans lésions anatomiques articulaires — circoncision-guérison. BARWELL cite une statistique importante: sur 100 malades il trouve dans 17 % un prépuce normal, dans 44 % un phimosis léger, dans 39 % un phimosis serré. Il trouve aussi la pseudocoxalgie chez des petites filles. Elle coexiste alors le plus souvent avec une vulvo-vaginite.

VEYRASSAT (Prof. de polyclinique à Genève) finit son travail sur cette question ainsi: « *Les complications nerveu-*

ses du phimosis sont bien connues. La pseudocoraxgie l'est moins. Son apparition possible constitue un argument de plus en faveur de la circoncision aussi précoce que possible des sujets atteints de phimosis ».

2° *Les faux urinaires* de GUYON, ce sont des « fonctionnels » soit par trouble de la contractilité de la vessie (rétention, pollakiurie, spasme), ou de sa sensibilité (anesthésie ou névralgie). Parmi les causes, qui sont variables, le prépuce lui seul, suffit parfois. Des cas sont cités par CIVIALE, OTIS, GUYON, RELIQUET et BEARD, BONNELI (26) et « il a suffi d'une urétrotomie, d'une circoncision pour faire disparaître les troubles observés ».

3° *Les autres troubles nerveux réflexes*. Ils font légion. Il m'est impossible de les étudier tous à fond. Comme publications qui traitent ces questions je peux indiquer dans ma bibliographie les numéros suivants: 17, 49, 112, 128, 167, 183, 190 et 191. Ce sont surtout les auteurs américains et anglais qui ont prêté beaucoup d'attention à ces phénomènes.

On peut les classer en: a) Troubles fonctionnels digestifs (gastralgies, diarrhée); b) Troubles moteurs, comme: convulsions, signalées surtout chez des enfants tout jeunes, agitations, paralysies (observations dans la thèse de BERGER) incoordination des mouvements (obs. dans la thèse de LOUARNE) et même *épilepsie*. C'est ALTHAUS (3) qui en est le propagateur. Chez 25 épileptiques il trouve 11 fois un phimosis congénital; mais la phimosectomie n'amène pas la disparition des crises, elle rend pourtant, dit l'auteur, la médication antiépileptique plus active. BOURNEVILLE et SALLIER constatent chez 728 épileptiques 100 fois un phimosis congénital; DINKLER et THOMPSON citent même un cas de guérison après une posthectomie. *La possibilité de cette épilepsie réflexe d'origine préputiale est d'autant*

plus probable, que la variabilité et la multiplicité des causes d'une épilepsie symptomatique ou dite idiopathique est extrême.

c) On a même signalé des cas, où le phimosis provoque des troubles intellectuels (BERGER, SZTARK). Nous les citons sous toutes réserves.

Pour finir insistons sur la richesse des manifestations nerveuses d'origine phimotique ou préputiale sur les erreurs de diagnostic, graves parfois qu'elles peuvent causer en clinique et sur la bénignité de leur pronostic puisqu'elles disparaissent avec la cause qui les provoque, sans laisser des traces.

VI. — VALEUR HYGIENIQUE ET PROPHYLACTIQUE DE LA RESECTION PREVENTIVE DU PREPUCE

En règle générale dans l'appréciation d'un acte médical proposé, dans le choix à faire parmi les indications à remplir nous avons le sens critique, qui nous dirige, en nous indiquant à quel point l'acte proposé concorde avec notre but, c'est-à-dire *la sauvegarde de la santé*. Pour cela une analyse de « pour » et « contre » est nécessaire.

Dans notre cas les mêmes problèmes se posent. Et maintenant que nous connaissons sommairement ce que vaut à tous les points de vue, qui intéressent la médecine, l'organe qui attire notre attention -- le prépuce, abordons un chapitre intéressant :

A. — LE BILAN DES AVANTAGES ET DES INCONVENIENTS cliniques, qui résulteraient de l'ablation chirurgicale de cet appendice, à titre prophylactique.

1° *Les inconvénients* sont peu nombreux et peu importants. Les voici :

a) *La diminution de la sensibilité du gland.* Nous avons discuté cette question dans le chap. III (physiologie) et nous avons constaté que la diminution de la sensibilité existe réellement. Mais est-ce un inconvénient sérieux? Est-ce un obstacle ou un « frein » à la procréation, comme le veulent croire certains? Il nous semble que les Israélites et les Arabes qui pratiquent la circoncision rituelle depuis des siècles et qui se multiplient assez abondamment donnent une réponse suffisamment claire.

b) *La question de l'esthétique.* — Là nous sortons du cadre tracé par la médecine pure — mais la vie nous le demande souvent. Or, d'après une enquête faite dans les milieux artistiques par quelques médecins, V. DOITEAU, en particulier, il résulte que certains déclarent la forme la plus esthétique celle quand le gland est couvert par son prépuce sauf une petite surface de sa face antérieure, près du méat et sauf le méat lui-même qui restent découverts. Il y a même des chirurgiens (43 et 52) qui influencés par cette opinion ont créé une technique opératoire appropriée, pour aboutir à un prépuce ayant cette disposition esthétique.

Les autres sont moins naturalistes et cachent l'organe génital mâle en totalité. Un troisième groupe enfin d'artistes préfère le gland découvert tout à fait. Mais en somme c'est une question de goût, de sens artistique et: « de gustibus non disputandum est ». Pourtant si quelqu'un insiste nous

croyons que les raisons de santé doivent toujours prévaloir.

c) Un autre inconvénient, c'est *la question confessionnelle*. Nous ne voulons pas la traiter, respectant son autonomie, notre terrain étant purement médical.

d) Comme dernier inconvénient possible nous citons *les risques opératoires, les accidents*. A ce propos, il faut distinguer 2 cas: La circoncision rituelle et la résection chirurgicale, la posthectomie, ou la pérítomie. La circoncision rituelle présente des dangers réels, quoique rares et à ce titre elle est condamnable et demande une réglementation avec l'application des principes de la chirurgie moderne. La résection chirurgicale, par contre, ne fait pas courir des risques importants. Les quelques légers accidents (hémorragie primitive ou secondaire, hématome, balanite passagère, faute de technique) sont bénins. On a observé un cas de cancer développé sur la cicatrice opératoire, — mais on suppose aussi que le nodule cancéreux primitif existait avant l'opération et la dernière n'est pour rien.

2° *Les avantages* sont, par contre, multiples et importants:

a) Avantages d'ordre hygiénique: récapitulation du chapitre IV.

b) Avantages d'ordre pathologique: récapitulation du chapitre V.

c) Avantages cliniques: il y en a deux. D'abord: si le prépuce existe l'examen la région balano-préputiale malade est parfois difficile et expose aux erreurs de diagnostic. Ensuite une fois le diagnostic posé le traitement local peut rencontrer des difficultés.

3° Il est aisé, faisant le bilan, de *conclure*:

- - Le prépuce joue un faible rôle dans l'activité fonctionnelle de l'organe génital mâle.

— Il joue, par contre, un rôle assez important dans la pathologie de ce même organe et de l'organisme tout entier.

— La résection chirurgicale du prépuce n'est pas dangereuse.

— *Donc si on fait une résection prophylactique, le but semble justifier pleinement le moyen utilisé.*

Ceci posé abordons une deuxième question importante:

B. — LES INDICATIONS ET LES CONTRE-INDICATIONS

1^{re} *Les indications* d'abord. Les problèmes qui se posent à nous sont les suivants:

- a) La résection doit-elle être systématique, générale?
- b) Quelles sont les indications les plus « privilégiées »?
- c) A quel moment la faire?
- d) Les indications techniques.

a) Doit-on proposer la résection du prépuce systématiquement à tous les mâles? Sauf les cas des contre-indications, que nous étudierons ultérieurement et les cas, où le prépuce à la naissance est exceptionnellement court, nous croyons, que l'on arrivera au optimum quand la méthode sera généralisée, puisque un plus grand nombre d'individus en tirera bénéfice. Evidemment nous écartons vivement toute sorte d'obligations ou d'application des sanctions.

b) Mais il y a des indications qu'on peut appeler « privilégiées ». La résection précoce dans ces cas est fortement recommandable. Voici quelques-unes: climats chauds, séjours aux colonies prolongés; l'existence dans les antécédents héréditaires et personnels et dans l'histoire actuelle du sujet de certaines affections, comme: diabète, lymphatisme, dia-

thèse uricémique, alcoolisme, etc... qui font que le sujet est plus disposé aux affections du prépuce; l'existence dans les antécédents familiaux des phimotiques; on a signalé en effet des phimosis en série dans les milieux familiaux; certaines profession enfin, qui exposent plus facilement aux accidents de la vie génitale, aux excès (marins entre autres). Nous passons sous silence les indications obligatoires dans les cas où la résection du prépuce est une nécessité thérapeutique.

c) A quel moment opérer? Ceux qui pratiquent la circoncision rituelle systématique le font:

Le 8^e jour après la naissance: Israélites, Jéménites;

De la 3^e à la 4^e année: Perses, Musulmans.

De la 8^e à la 13^e année: Turcs.

De la 5^e à la 6^e année: Arabes des villes.

De la 9^e à la 13^e années: Peuplades africaines.

Le lendemain du mariage: certains Egyptiens.

En pratique, 3 périodes sont à envisager:

1° 10 à 30 jours après la naissance — l'enfant à ce moment souffre peu, sa sensibilité étant encore émoussée. On peut opérer sans anesthésie. La cicatrisation est rapide. La vaccination antivariolique provoque souvent des répercussions plus grandes sur le petit être, que la résection du prépuce.

2° Vers 4 à 5 ans: l'enfant est déjà bien développé. En découvrant le gland à ce moment, il aura encore assez de temps pour modifier la structure de son revêtement (cutinisation) et de s'adapter progressivement aux nouvelles conditions jusqu'au début de la vie génitale.

3° Vers 10-12 ans: assez tard. L'opération est alors plus sérieuse. Les débuts possibles de la puberté peuvent être gênants.

Il nous semble donc que *le mieux est d'opérer le plus*

tôt possible, puisque du point de vue chronologique et clinique il est exact de dire que « *chaque âge a son prépuce avec sa pathologie* ».

Opérant dans les quelques jours ou semaines qui suivent la naissance, on évite les accidents dus au prépuce et qui sont propres aux enfants tout jeunes (balano-posthite, adhérence, incontinence, hernies, convulsions ou autres manifestations, réflexes nerveux ou urinaires, etc.).

Opérant vers l'âge de 4-5 ans, on évite une autre série d'accidents qui peuvent apparaître à ce moment (pseudo-coxalgie, incontinence, début de l'onanisme, hernies, phimosis et ses méfaits, etc.).

Opérant enfin plus tard, à l'entrée dans la vie génitale active (l'âge est variable suivant le pays, le climat, la race, le tempérament) on a encore des chances de rendre le jeune homme plus réfractaire aux inoculations vénériennes, lui éviter le phimosis acquis, le paraphimosis, les calculs, les difficultés et souffrances au cours des rapports sexuels, faciliter la tâche du médecin qui examine cette région ou applique un traitement antigonococcique, contre les végétations ou tout autre; rendre enfin « impossible » le développement d'un cancer pénien ultérieure, etc, etc. Avantages multiples, comme on le voit.

d) *Indications techniques*. Nous voulons seulement poser le principe: enlever le prépuce de telle sorte qu'il ne reste pas des infractuosités, des lambeaux, des culs-de-sacs. Les techniques sont multiples. Chaque chirurgien a la sienne.

2° *Les contre-indications* sont rares, vu la bénignité de l'intervention. Une est absolue, c'est l'hémophilie. Les autres concernent l'enfant tout jeune ou l'adulte. Dans le cas d'un enfant tout jeune: on s'abstiendra dans les cas suivants: débilité congénitale, naissance avant terme, infec-

lion (omphalite, ophthalmie, coryzza, dermatoses, étant fébril etc.). Pour l'adulte on compte les contre-indications communes à toute sorte d'intervention, prenant évidemment en considération la gravité de l'acte opératoire donné. Remarquons pour finir, qu'une intervention d'urgence (pour paraphimosis ou phimosis aigu) peut être complétée par une résection totale du prépuce.

VII CONCLUSIONS

Après avoir étudié le rôle du prépuce pour la santé de l'homme, nous croyons pouvoir conclure que :

1° *Le prépuce est un appendice inutile toujours, nuisible souvent, dangereux parfois.*

2° *Son absence présente des inconvénients minimes et discutables.*

3° *Son ablation chirurgicale est facile à réaliser et n'expose pas aux risques de quelque importance.*

4° *Par la résection préventive du prépuce on évite :*

a) *Un certain nombre des maladies qui se localisent sur le prépuce lui-même :* balano-posthite, adhérences balano-préputiales, malformations congénitales, calculs préputiaux, végétations génitales, etc., mais surtout le phimosis et le paraphimosis.

b) *Un certain nombre de troubles fonctionnels, comme :* la stérilité, l'incontinence nocturne d'urine, l'onanisme, des troubles urinaires.

c) *Un certain nombre d'affections à distance comme :* les hernies, le prolapsus du rectum et l'hydrocèle chez les en-

fants, la pseudocoxalgie d'origine phimotique, des manifestations nerveuses ou sympathiques variables, etc.

d) *La prédisposition indiscutable au développement du cancer du pénis et aux inoculations vénériennes, de la syphilis surtout.*

5° *L'apparition des affections signalées ci-dessus est fonction :*

a) *De l'âge du sujet et de l'état fonctionnel de son gland et du prépuce.* Ainsi dans la première enfance, il y a lieu de redouter le phimosis congénital, les infections banales, l'incontinence, la pseudocoxalgie, les manifestations nerveuses réflexes, les hernies, etc. Au début de la vie sexuelle et à l'âge adulte, on peut éviter l'onanisme, les inoculations vénériennes, la stérilité, le phimosis acquis, etc.

A l'âge avancé, le cancer pénien surtout.

b) *Les antécédents pathologiques du sujet :* un lymphatique, un diabétique, un diathésique en général est prédisposé plus que les autres.

c) *Du pays, du climat, de la race, du genre de vie, de la profession.* — Les pays chauds, l'insalubrité, l'excès génital sont des facteurs prédisposants.

6° *Donc en réséquant le prépuce préventivement, le plus vite possible, on évite le plus grand nombre d'accidents.* Les âges proposés sont : 10 à 30 jours après la naissance ; 4 à 5 ans ; 10 à 12 ans.

7° *Cette mesure préventive aura le maximum d'efficacité quand elle sera généralisée et associée aux autres moyens prophylactiques. Mais les plus urgents sont les cas signalés au 5° sous b) et c).*

8° *Le médecin doit en pratique prendre souvent l'initiative pour proposer cette intervention, s'il la juge heureuse pour l'avenir de ceux qui l'intéressent.*

BIBLIOGRAPHIE (1)

- (1) AISSA HAMDY. — De la circoncision. *Th Montpellier* 1873.
- (2) ALEXANDER (O.). — Die hygienische Bedeutung der Beschneidung (La valeur hygiénique de la circoncision). Breslau, 1902.
- (3) ALTHAUS. — Cases of epilepsy with complication (Cas d'épilepsie. — Complications) *Lancet*, 1867, 16 fébr.
- (4) AMBROSIVS. — De la circoncision. 1682.
- (5) AUERBACH. — Brith Abraham oder die Beschneidung (La circoncision), 1880 (HEBREU).
- (6) AUROUSSEAU (L.). — Chap. phimosis in *Pratique médico-chir.*
- (7) BAKER. — Sovremeunoë sostoïanī voprosa o ritualnom obresaniē (L'état actuel de la question de la circ. rituelle) *Sovremenaia terapiia*, 1898.
- (8) BARJAVEL (J.-H.). — De la circoncision et du baptême au point de vue de la santé publique. *Ann. d'hygiène*, t. xxxiii p. 221, 1845.
- (9) BARTHOLINUS (Jonas). — De morbis biblicis (de præputio adducendo) *Cap*, 26.
- (10) BARWELL. — Traité des mal. articulaires. Chap: pseudocoxalgie et phimosis, 1881. *Lancet*, 1879.
- (11) BASTIDE. — Du phimosis. *Thèse Montpellier*, 1871.
- (12) BAUDE (E.L.A.). — Prophylaxie antivénérienne individuelle à travers les âges. *Thèse de Paris*, 1927.
- (13) BAUER (Fr.). — De causa fecunditatis gentis circumcisiæ in circumcissione querenda Leipsiæ 1738.
- (14) BEARD (C.M.). — Circumcisio as a cure of nervous symptoms

(1) Je tiens à remercier les « Fichiers du Monde Médical » pour leur aide précieuse dans les recherches bibliographiques et pour les travaux et articles qui nous intéressaient et qu'ils ont bien voulu nous procurer. Pour le débutant c'est inappréciable.

- (La circ. comme cure des symptômes nerveux). *Méd. Bul-Phila.*, 1882, iv, p. 248.
- (15) id. Phimosis as a factor in the diseases of infancy and childhood (Phimosis, facteur des mal. des enfants et adolesc.) *Transminnesota Med. Soc.*, St-Paul, 1885, p. 100.
- (16) BEAU (J.H.S.). — Note sur la dilatation variqueuse du prépuce. *Revue Méd-chir.*, janv. 1851, p. 22.
- (17) BERGER. — Accidents peu connus du phimosis congénital. *Thèse de Paris*, 1890.
- (18) BERKOWITSCH. — Über die Verbreitung d. Geschlechts krank über d. städtischen jüdischen Jugend (Le développ. des mal. vénér. chez la jeunesse juive dans les villes). *Ose Rundschau*, 1926, s. 6.
- (19) BERGMANN. — Origine, signification et histoire de la castration, de l'eunuchisme et de la circoncision. 1883, p. 329. *Palerme*.
- (20) BERGSON. — Die Beschneidung von historischen, kritischen u. mediz. Standpunkte (circ. au point de vue historique, critique et médical) *Berlin*, 1847, II cd.
- (21) a) BERTHRAND. — Médecine et hygiène des Arabes. *Paris* 1855.
- (21) b) BESSESEN (M.). — Circumcision and cervical cancer (*Brit-M. J. a. Rec.*, 1932).
- (2) BILLINGS (Dr J. S.). — Vital statistics of the Jews (Statistique sur la vitalité des Juifs) *N. Amer. Rev.* janv. 1891.
- (23) BLASCHKO. — Über die Beschneidung (Eulenburgs Handbuch der Gesundheitspflege). *Berlin*.
- (24) BLOCH (A.M.). — Note sur l'état du prépuce à la naissance chez les enfants juifs. *Compte rendu soc. biol.*, Paris 1885, II, 495.
- (25) BOKAI (J.). — Die Kankheiten der Urogenitalorgane des kindlichen Alters (les mal. de l'organe génito-urin. de l'enfant) *Handbuch der Kinderkrankheiten de Gerhard* Bd. 4, Abt. 3.
- (26) BONELLI. . . Sur quelques mal. génito-vésic. produites ou simulées par le phim. cong. *Gaz. des Hôp.*, 1851, 141. p. 566.
- (27) BONNET. — Etude sur la prophylaxie de la syphilis. *Thèse de Lyon*, 1904.
- (28) BREITENSTEIN. — Syphilis et circumcision. *Dermatol. Centralblatt*, 1903, n° 2.
- (29) BUDIN (Pr.). — Adhérences du prépuce au gland. *Bull. Soc. Obst. de Paris*, 16 fev. 1905.
- (30) CAHEN. — Dissertation sur la circoncision, envisagée sur les rapports religieux, hygiéniques et pathologiques. *Thèse de Paris*, 1816,

- (31) CAMESCASSE (D^r J.). — Traitement du phimosis. *Méd. Prat.* 20 sept. 1933, p. 175.
- (32) CAPDENILLE (F.). — De la balanoposthite et du phimosis accidentel. *Thèse de Paris*, 1879.
- (33) CASTELLAIN (D^r). — La circoncision est-elle utile? *Lille* 1882.
- (34) — Circoncision — la moderne — Y a-t-il lieu de l'interdire en se plaçant au point de vue de l'hygiène publique. *Rev. de méd. lég.* Paris, 1895.
- (35) CHAUVIN. — Considérations sur le phimosis. *Thèse de Strasbourg*, 1851.
- (36) CLAPEREDÉ (D^r). — La circonc., de son importance dans la famille et dans l'Etat. Paris, 1858.
- (37) CLERC. — Maladies vénériennes, 1866, p. 97.
- (38) CLIFFORD (M.). — Circumcision; its advantages and how to perform it. Londres, 1893.
- (39) COMBY (J.). — Phimosis et circonc. *Bull. Méd.* 1928, 11-14 avr.
- (40) CORNER (E.M.). — Male diseases in general practice (mal. de l'homme dans la pratique générale). *Oxford University Press*, London, 1910.
- (41) COUDERC. — Du phimosis. *Thèse de Paris*, 1868.
- (42) COYNE. — *Soc. Anat. de Bordeaux*. Discussion, janv. 1897.
- (43) DARTIGUES et ROUCAYROL. — Phimosiectomie. *Journ. d'Urol.* fév. 1922. *Brochure* Vigo Fr.
- (44) DAUDERAC (Ch.). — Le phim. cong. Accid. qu'il provoque, ses div. trait. *Thèse de Paris*, 1874.
- (45) DAVIDSOHN (D^r). — Schomer Habrit (le gardien de l'alliance-hébreu) Dantzig, 1846.
- (46) DECHAMBRE. — *Dictionnaire*, Art. « circoncision ».
- (47) DELPECH. — *Clinique chirurgic. de Montpellier*, t. II. Eléphantiasis du prépuce.
- (48) DEMARQUAY (J. N.). — Mal. chir. du pénis, Paris, Delahaye, 1877.
- (49) DENUCÉ. — Communication à la Soc. Méd. et chir. de Bordeaux, 1897, janvier.
- (50) DOITEAU (V.). — La posthèctomie conservatrice. *La clinique*, sept. 1923.
- (51) — Prépuce et circ. (étude hist. esthét. et méd.-chir.), *Thèse de Paris*, 1924.
- (52) — Comment faut-il porter le prépuce? *Prog. M.* 1925 n°1..
- (53) — Circonc. et posthèctomie. — Les origines de la circ. *Progrès Médical*, 7 décem. 1926.
- (54) DOYON (A.). — Herpès récidivant des parties génitales. Paris 1868.
- (55) DUCOS. — Epithélioma sébacé du pénis. *Th. de Lyon*, 1904.
- (56) DUREL. — Les porteurs de germes en vénérologie. *Thèse de Paris*, 1932.

- (57) EARLE (H.). — On the influence of local irritation in the production of diseases resembling canc. etc. (Influence des irrit. locales dans la prod. des mal. ressemblant au canc., etc., etc.). *Med Chir. Transact.* vol. XII, London, 1823.
- (58) ENCICLOPEDIA BRITANICA. — Circumcision.
- (59) ENGLISCH (J.). — Ueber Erkrankungen der Vorhaut bei Diabetes mellitus. (Les mal. du prépuce dans le diabète sucré). *Wiener Med.* Bl. 1883, n°6-9.
- (60) FÉLIZET. — De la circoncision. Paris 1891.
- (61) FISCHER (S.). — Ueber die Ursachen der Krebskrankheit (les causes du canc.) *D. Z. f. Ch.* Bd 14.
- (62) FLEURY. — Le phimosis congénital au point de vue méd-chir. *Bull. Ac. Méd. Paris*, t. XVII, p. 79.
- (63) FÖDERL (V.). — Zur clinique und statistic des Peniskarzin (Clinique et statistique du canc. du pénis). *Deutsche Zeitschr. für Chirurgie*, 1926, Bd 198.
- (64) FONDRETON. — Du phim. et du paraphim., *Th. Paris*, 1844.
- (65) FÖRSTER (O.H.). — Congenital phimosis with preputial calculus. *Lancet* 1880, May, 15.767.
- (66) FOURNIER. — Traité de la syphilis.
- (67) — Leçons sur le chancre (p. 364).
- (68) FRAENKEL (D^r). — Shomer Habrioth (hébreu, hygiène).
- (69) FREELAND (B.). — Circumcision as a preventive of syphilis and other disorders (La circoncision préventive contre la syphilis et autres affections). *The Lancet*, 1900. 22 déc. p. 1.869.
- (70) FREIDBERG. — Ueber den Einfluss der phimose auf die Entstehung von Unterleibshernien (Influence du phimosis sur l'apparition des hernies), 1864.
- (71) FRIEDBERG et JOH. BAP. — Ueber die jüdische Beschneidung in historischer, operation und samtät, polizeilicher Beziehung (La circ. juive au point de vue historique opér. et hygiéno-légal), 1844.
- (72) GALLOIS. — Quelques mots sur la circ. *Journ. de la Soc. de Méd. et Pharm. de l'Isère*. Grenoble 1880, p. 131.
- (73) GANILLARD. — Contrib. à l'étude des complicat. du phim. et trait. de quelques lésions sous-préputiales. *Th. Paris* 1888.
- (74) GAUJOUR (Em.) et TRIBET (H.). — Le phim. et le paraphim. complic. des ulc. et inflam. *Monde M.* n° 664, 15 avr. 1924.
- (75) GLASBER (A.). — Die Beschneidung in chrer gesch. relig. u. med. Bedeutung (La circ., son import. histor., relig. et médicale) Berlin 1896.
- (76) GLASS. — Phimosis et pseudophim. chez l'enfant. *Deut. Med. Wochenschr.*, 1^{er} fév. 1924.
- (77) GRUNTZHAENDLER, J; de la MILAH. — *Thèse Montpellier* 1914.

- (78) GUSSEL (D^r). — Traitement du phim. chez l'enf. *Monde Méd.* 15 novembre 1911.
- (79) HAMILTON. — Epithelioma of prepuce following congenital phimosis (epithelioma du prep. coïncid. avec un phim. congén.) *N.-Y. Med. Rev.* 1867, vol. II p. 232.
- (80) HAMILTON et MIDDLETON. — Phimosis and Dysuria in infancy. *Lancet* 1927, p. 639.
- (81) HANDROGEL. — Traitement des affections du prépuce par l'orlatomie, Paris 1873.
- (82) HÉRODOTE. — Liv. II, chap. xxxvii et civ.
- (83) HUTCHINSON. — On the influence of circumcisis in preventive syphilis (L'influence de la circ. sur la prévention contre la syphilis) *Medical times and Gaz.* 1855, II p. 542. *Bull. de thérap.*, 1856 LI p. 326.
- (84) IMMERMANN. — Haemophilie u. circ. *Ziemzens Patho u. Therapie* Bd XIII, t. II.
- (85) JACOBS (J.). — La théorie de PLOSS sur la signific. de la circ. chez les diff. peuples.
- (86) JAEGER (J.). — Ueber die Beschneidung (La circ.), *Neue Kirchliche Zeit* 1898, 479.
- (87) JANSEN (A.). — Considérations sur les affections et accidents causés par la brièveté du prépuce. *Journ. de Méd. de Bruxelles*, 1870.
- (88) JAUMÈS (Alph.). — Observations de gangrène du prép. et de la verge. *Montpel. Méd.* av. 1874, p. 315.
- (89) a) JEUDON (D^r R.). — Quelques précisions sur la circ. *Les Ann. de l'Enfance*, mai 1927.
- (89) b) JEANBRAU (E.). — Pathol. chir. « IX agrégés », t. V.
- (90) JOLY. — *Thèse de Paris*, 1895.
- (91) KAMINSKA (A.). — Gutachten über circ. (Remarques sur la circ.) *Æsterr. Wochenschr.* 1900, xvii, 241.
- (92) KAREWSKI. — Phimosis congenita and hydrocele congenita. *Centralblat. für Chir.*, 1885.
- (93) KATZENELSOHN. — Art. obresanie (circ.), dans *Ievreïskaïa Encyclopedïa* (russe).
- (94) KAUFMANN. — Verletzungen u. krankheiten der männlichen Harnhore u. des Penis (Traumat. et mal. de l'urètre masculin et du pénis) *Deutsche Chir.* 1886, 50 a.
- (95) KLEIN (Th.). — De la circonc., étude critique. Paris 1888.
- (96) — Les dangers de la circ. *Arch. israel.* LXI, 283.
- (97) KONELSKY. — Obrad obresanie ou ievreïew so totchki zrenia sowremenoï mediciny (La circ. chez les juifs du point de vue de la médecine actuelle) *Vratch* n° 33, 34, 35, Petersbourg, 1887.

- (98) KREMER. — Dibrei brith (Conseils aux péritonistes, hébreu) *Hamagid*. ix, n° 11.
- (9) KUTNA (S.). — Studien über die Beschneid (Etudes sur la circ.) *Monatschr. f. lutt u. Wissenschaft d. Judentums*, 1901. 353-361, 433-453.
- (100) LACASSAGNE (D^r J.). — Les méfaits du prépuce long *Ann. des Méd. prat. de Lyon et du Sud-Est*, avr. 1925.
- (101) LAFARGUE (P.). — La circ., sa signific. sociale et religieuse. *Bull. de la Soc. d'Anthropol.*, 1887, t. x, fasc. 3.
- (102) LAHAYVILLE (D^r Ch.). — Le phim. dans la prem. enfance. *Le Sud méd. et chir.*, 1934, 15 nov., 1665.
- (103) LALLEMAND. — Des pertes séminales invol. t. II, 1842.
- (104) LANGER. — Platten épithelcarzinome des Penis. *Derm. Wochenschr.*, 1930, s. 653.
- (105) LAUX (E.). — Canc. du penis. *Th. de Montpellier*, 1911.
- (106) LEGUEU (F.) et MICHON (Ed.). — Mal. de la vessie et du pénis. *Nouveau traité de chirurgie*, t. xxx (p. 231-322).
- (107) LEVADITI (C.). — Prophylaxie de la Syphilis. Paris 1936.
- (108) LEWIN. — Ueber Präpitia-Steine (les calculs préputiaux). *Berlin. Klin. Wochenschr.* 1879, n° 13, p. 177, n° 14, p. 197 (Avec bibl. complète).
- (109) LLOYD (V.E. et N.L.). — Circumcision and syphilis. *The British Med Journ.*, janv. 27, 1934, p. 144.
- (110) LOIR (A.). — La circon. en Tunisie. *Paris Méd.*, 8 mars 1913.
- (111) LÖWENSTEIN. — Die Beschn. in Lichte der heutigen medic. Wissenschaften (La circ. à la lumière de la science méd. actuelle). *Arch. für Klin. Chir.*, 1897.
- (112) LOUARN (M.). — Contribution à l'étude du phimosis. *Thèse de Bordeaux*, 1896.
- (113) LYLSTON (G.F.). — Sex hygiene for the male (Hygiène sexuelle des hommes). *Riverton Press Chicago*, 1912.
- (114) MAIMONIDES. — More Nebouchim (Le guide pour les errants hébreux) II, 49.
- (115) MONTAGAZZA (P.). — Sexual Relations of mankind (Relations sexuelles chez l'adolescent). *Antropological Press. N.-Y.*, 1932, p. 101.
- (116) MARCHANT (L.). — De la circ. au point de vue histor. hygién. et chirurg. *Thèse de Montpellier*, 1855.
- (117) MAYERSOHN (M.). — De la circ. *Thèse de Paris*, 1905.
- (118) MEINERS. — De circumcissione origine et causis, 1800.
- (119) MOLL (H.). — The sexual life of the child (la vie génit. de l'enfant) *Macmillan N.-Y.*, 1912, p. 307.
- (120) MOYER. — La circ. et la syphilis. *Journ. Amer. Med. Ass.*, 1901, n° 13.

- (121) NIEMANN. — Die Beschneidung der Juden in sanitär polizeilichen Hinsicht (La circ. des juifs du point de vue médico-légal) *Casper*, Vol I, B. VII, p. 284-300, 1855.
- (122) NOGUES. — Anatomie, physiologie et pathologie du prépuce. 1850.
- (123) NOSSIG. — Social Hygien der Juden (Hygiène sociale des juifs) *Stuttgart*, 1894.
- (124) NOURY (P.). — Les différentes circ. *La Méd. Internat. Illustrée*, avril 1922.
- (125) OSBORN. — Phimosis as a cause of hernia in infancy (Phimosis, cause des hernies dans l'enfance). *The Lancet*, 1881, 22 janv., p. 141 et *Br. Med. Journ.*, 19 mars 1881.
- (126) PARK. — Genital irritation in young children (Irrit. génit. chez les jeunes enfants). *Chic. Med. J.* 1880, p. 561.
- (127) PASSIGLI. — Della circoncisione. *Firenze*, 1895.
- (128) PAVLOFF. — Circ. rituelle et les mal. vénériennes. *Rousski vratch*, 1911.
- (129) PECH (D^r). — Circ. rituelle. *Bull. Méd.* 29 oct. 1934.
- (130) PERAIRE (D^r M.). — Phimosis et hernies chez l'enf. *Congrès de Chir.*, Paris, 1904.
- (131) PHILON d'ALEXANDRIE. — De circumcissione, ap. II, 210 seq.
- (132) PIUSSAN. — Accidents de l'atrésie du prépuce. *Th. Paris* 1884.
- (133) POGORELSKY Rab Messala. — Ob obresanié, historia, znatchencé (La circ., hist., importance russe) *St-Petersb.* 1900.
- (134) PORTUGALOFF (W). — Obresanié, Medizinskoje obozrenie (La circonc., coup d'œil médical russe), 1884.
- (135) PROTOKOLLE der Rabbiner Versammlung 1844, 1845, 1847 (Protocoles des assemblées des rabbins).
- (136) PUCHMANN. — Age et causes de la circ. Constantinople, 1892.
- (137) QUISSAC (J.). — Pathologie et méd. opérat. du prépuce dans la syphilis. Montpellier, 1854.
- (138) RECLUS (E.). — La circ. *Rev. intern. des Sc.*, 1879, III, 193-229.
- (139) RECNER (M.). — Beitrag zur Anatomie, Physiologie und Chirurgie des Präputiums (Contrib. à l'étude de l'anatomie, physiol. et chir. du prépuce). *Allg. Wien. Med. Zeit*, 1868, n° 30, 31 et 32.
- (140) REVERDIN. — La circonc. chez les juifs. *Revue Méd. de la Suisse Rom.*, Genève 1888, VIII, 153-157.
- (141) RICHET. — Opération du phimosis pour combattre l'onanisme chez les jeunes enf. *Gaz. des Hôp.* 1879, p. 223.
- (142) RICORD. — Traité pratique des mal. vénérien. 1838, Paris, v. I.
- (143) RIVA (D^r), POGORELSKY et PUCHMANN. — Le prépuce et la sensibilité du gland. *Médecine Orientale*, 10 février 1907, Constantinople.
- (144) ROSENZWEIG. — Zur Beschneidungsfrage ein Beitrag zur of-

- fentlichen Gesundheits pflege (la question de la circ., soins sociaux de la santé générale), 1889.
- (145) SASSI. — Innervation du prépuce et de la muqueuse du gland. *Presse Méd.*, 4 avri. 1914.
- (146) SALOMON (M. G.). — Die Beschneid. historisch u. medicinisch beleuchtet (Et. hist. et méd. de la circ.) *Braunschweig* 1844.
- (147) SAMPOËRNO. — Peniscarcinome u. Besch. (C. du pénis et circ.) *Deut. Zeit. f. chir.*, 1927, 201, s. 282.
- (148) SCHMID (H.). — Folgezustände der phimose (Conséquences du phim.) *Centr. f. Chir.*, 1885, n° 28.
- (149) SCHOR (Rab. J.A.). — Sefer moïre or (Enseignement lumineux hébreu) *Lemberg*, 1893.
- (150) SCHWAB (A.). — La circ. chez le nouveau-né. *Pres. M.* 6 j. 1909.
- (151) SCHWEIZER (S.). — Zur Entwicklung der Praeputium: (Le développement du prép.) *Virchow Arch.*, 1865, s. 219.
- (152) SCHUCHARDT (K.). — Contribution à l'étude du carcinum consécutif faux inflam. chroniques (allemand.) *Volkman's klinische Vorträge* n° 257, p. 16 (2.210).
- (153) SHIVERS. — Epithelioma of the pénis. *J. A. M. A.* 1927, p. 446.
- (154) SIGMUND. — Ueber der prophylaktischen Werth operativer Behandlung der vorhautverengerung... (Sur la val. prophylactique d'un trait. opérat. du rétrécis. préputial). *Wien Med. Presse*.
- (155) STEIN. — Zur Kenntniss der Platten-epitheliale der inneren Präputialblättes der Jugendlichen (Epithel. de la face int. du prépuce chez les jeunes) *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1930 s. 157.
- (156) STREUBEL. — Gegen die Beschneid (contre la circ.) *Prager 1/4 gahrschr. f. prakt. Heilkunde*, 1858.
- (157) STUNDNETZKY. — Roïfe Haelodim (Le médecin de l'enfant hébreu), Varsovie, 1946.
- (158) SZCZODROWSKI. — Choroby weneryczne (les mal. vénér. polon.) Varsovie.
- (159) SZEWAHOWSKI (P.). — Le rôle de la circ. dans la prophylaxie du canc. pén. et de la syph., *Th. Genève*, 1935, n° 1529.
- (160) SZTARK (D^r Ch.H.). — La circonc. (milah) *Arch. Méd. Enf.* Nov. 1920, n° 11, p. 654-661.
- (161) TAGNARD. — Incontinence d'urine nocturne traitée par la circ. *Th. de Montpellier*, 1872.
- (162) TANT (D^r E.). — La circoncision: hist. indic. *Bruxelles Médical*, 1929.
- (163) TERQUEM (O.). — De la péritonie. *Arch. Israel.* xxii, 609.
- (164) TESTUT et LATARJET. — Anatomie humaine (descrip. et topographique). Urogénitale.

- (165) THIÉRY. — De la circ. envisagée spécial. chez l'adulte, Paris, 1891.
- (166) THIERSCH. — Der Epithelialkrebs. 1865.
- (167) THOMPSON. — Phimosis causing epileptiform convulsions (Phimosis qui provoque des convulsions épileptiformes) *Med. Ann. Albarny*, 1881.
- (168) TILLAUX. — Chirurgie clinique II, 467-479, 1900.
- (169) TISSOT. — L'onanisme. Lausanne, 1787.
- (170) TOMES (D^r). — Della circoncisione sotto il punto de vista profilattico et terapeutico. Firenze, 1895.
- (171) TOURNEUX. — Concours Médical, juillet 1930.
- (172) TRÉLAT. — Phimosis congénital. *Gaz. des Hôp.*, 1853, n° 45.
- (173) VELPEAU. — Cancroïde du prépuce. *Gaz. des Hôp.* 1853, n° 145.
- (174) VENOT. — De la gangrène du prépuce. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, févr. 1854.
- (175) VERNEJOL (D^r Rob. de). — Pathogénie et traitement du prolapsus du rect. chez l'enf. *Th. de Paris*, 1919.
- (176) VERNEUIL. — Discussion à la Soc. de Chir., mars 1893.
- (177) VEYRASSAT (P^r). — La pseudocoxalgie du phimosis. *Lyon chirurgical*, sept.-oct. 1919.
- (178) VOGEL. — Dubia sua de usu circomcisionis medico. *Gotinge*, 1763.
- (179) VOLTAIRE. — *Dictionnaire*. Art.: « Circoncision ».
- (180) WASSERTRILLING. — Obhandlung über die Beschne (Etude de la concision) Militzsch, 1869.
- (181) WILKEN D^r G. A.). — Bijdragen tot te Taal Land in Volken-Kund von Nederlandsk-Indië. vol x, 1885.
- (182) WINIWARTER (A.). — Beitrag zur Statistik des Cancers. Stuttgart 1878.
- (183) WITZENHAUSEN. — Die phimose als Ursache der innerlichen Krankheiten bei Knaben (Le phimosis, cause des affections médicales chez les garçons). *Münchener Med. Wochenschrift*, 28 mai 1907.
- (184) WOLBARST (D^r Ab. L.). — Universal Circumcision as a sanitary measure (Circoncision générale comme une mesure sanitaire) *J. A. M. A.*, janv. 1914, p. 92-98.
- (185) — La circonc. a-t-elle une prophyl. contre le cancer du pénis? *Brochure chez l'auteur*, 114, E. 64 st. N.-Y., 1926.
- (186) — Circumcision and penil cancer (circ. et canc. du pénis). *The Lancet*, 16 janv. 1932, p. 150.
- (187) — Does circumcision in infancy protect against disease? *Virginia Med. Monthly*, march, 1934.
- (188) WOLFSHEIMER. — De causis fecunditates Hebraeorum (Causes de la fécondité des Hébreux), Halle, 1742.

- (189) WUNDERBAR. — Biblisch-talmudische Medicin (La médecine de la Bible et du Talmoud), 1850.
- (190) ULLZMANN. — Neuroses des organes génito-urinaires de l'homme. Paris ,1883 .
- (191) YOUNG. — Diarrhea and nervous symptoms caused by tight prepuce (diarrhée et symptômes nerveux causés par un long prépuce). *The Physician and Surgeon*, 1884 p. 152.
- (192) ZUNG. — Gutachten über die Beschneidung (Remarques sur la circ.) *Frankf.-sur-M.* 1884.
- (193) ZELLER. — Calculs préputiaux. *Semaine Méd.*, 1890, p. 178.
- (194). ZUCHELLE. — Experimentelle Untersuchngen über prophylaxie gegen syphilis (Recherches expérimentales sur la prophyl. de la syphilis). *Archiv. für Dermat. u. Syphilis* 1930, S. 251.
-

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION	9
I. — HISTORIQUE. . <i>Trois périodes: empirique, religieuse scientifique</i>	11
II. — LA MORPHOLOGIE DU PRÉPUCE: Embryologie, anatomie, histologie	13
III. — LA PHYSIOLOGIE DU PRÉPUCE: Protection, sécrétion, sen- sibilité, réflexes	17
IV. — L'HYGIÈNE DU PRÉPUCE: Homme sain, malade et por- teur de germes	18
V. — LA PATHOLOGIE DU PRÉPUCE: a) <i>Les maladies propres du prépuce: malformations, infections, néoproduction, calculs, phimosis..</i> b) <i>Les affections favorisées par l'existence du pré- puce</i>	21 31
1° Affections locales (cancer, syphilis et autres)	31
2° Affections à distance(Hernie, pseudocoxalgie réflexes, etc.)	45
VI. — VALEUR HYGIÉNIQUE ET PROPHYLACTIQUE DE LA RÉSEC- TION DU PRÉPUCE	50
<i>Bilan des inconvénients et des avantages</i>	
<i>Indications e tcontre-indications</i>	
VII. — CONCLUSIONS	56
VIII. — BIBLIOGRAPHIE	58

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

« Hygiène et prophylaxie
par résection préventive
du prépuce »

par M. P. CZERNIAK

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 10 juillet 1936.

Le Professeur,

JEANBRAU.

Vu :
Montpellier, le 11 juillet 1936.

Le Doyen,

EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 12 juillet 1936.

Le Recteur,

TAILLIART.

